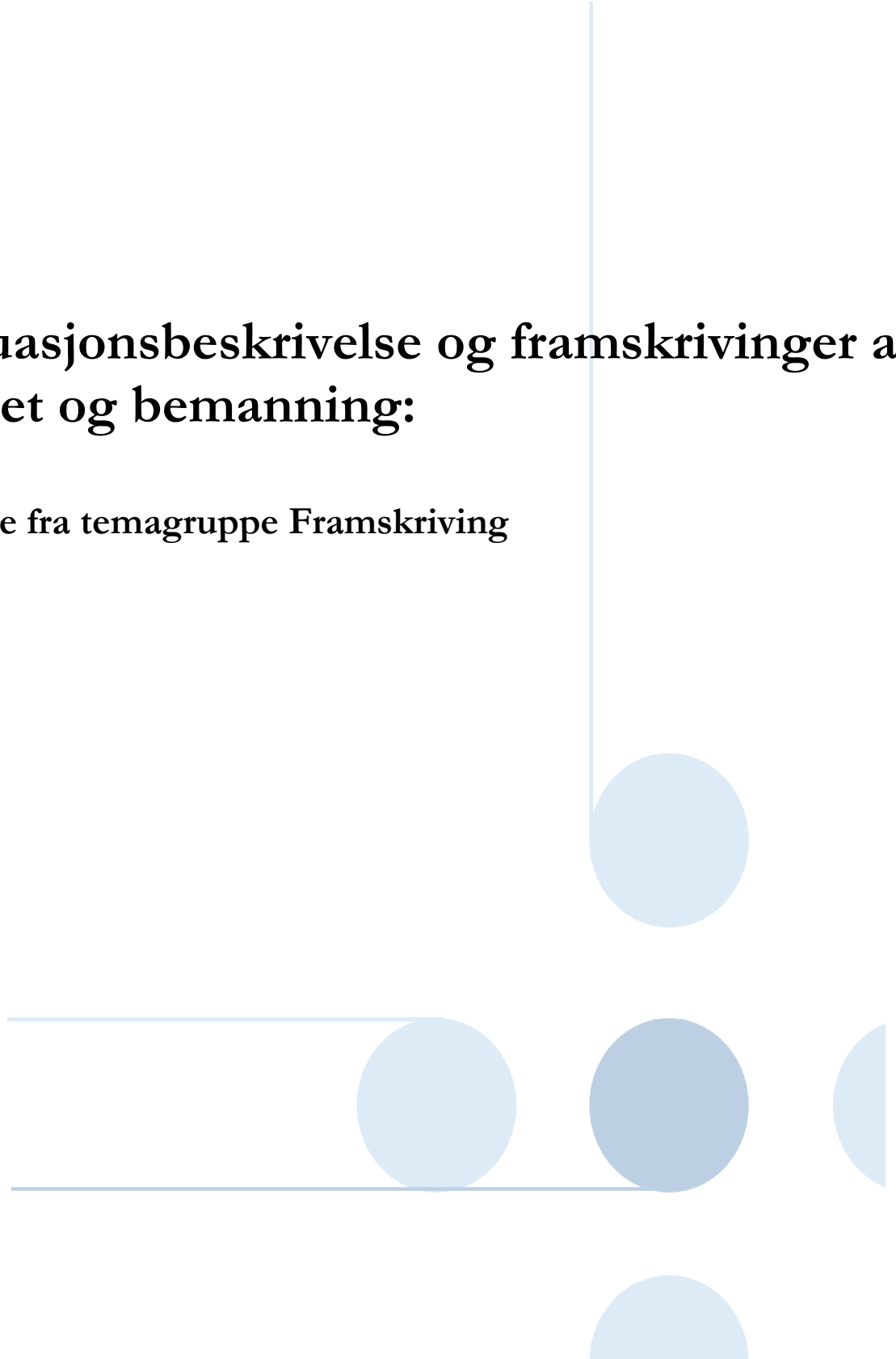


Nåsituasjonsbeskrivelse og framskrivinger av aktivitet og bemanning:

Leveranse fra temagruppe Framskriving



Temagruppe Framskrivning har bestått av følgende deltakere:

Hilde Aareskjold (St. Olavs hospital HF)
Trine Sperre (Helse Møre og Romsdal HF)
Rolf Tørring (Helse Nord-Trøndelag HF)
Nina Hagesæther (Helse Midt-Norge RHF)
Hilde Kristin Bech (Helse Midt-Norge RHF)
Ruben Angell (Helse Midt-Norge RHF)
Paul Martin Gystad (Helse Midt-Norge RHF)
Linda Midttun (Helse Midt-Norge RHF), temagruppeleder

Kjell Solstad (Sykehusbygg), innleid prosjektressurs

Del I: Nåsituasjonsbeskrivelse	7
1 Tallbasert nåsituasjonsbeskrivelse	8
1.1 Aktivitet.....	9
1.1.1 Somatikk	9
1.2 Prioriterte pasientgrupper i helsefelleskapene	13
1.3 Samhandling	21
1.4 Bemanning ved St. Olavs hospital.....	24
1.4.1 Ansatte fordelt på yrkesgrupper 2020	24
1.4.2 Utvikling antall ansatte, brutto- og netto månedsverk	24
1.4.3 Bemanning – sammensetning og utvikling.....	25
1.4.4 Heltids- og deltidsansatte.....	26
1.4.5 Utvikling fravær.....	26
1.4.6 Turnover fast ansatte	28
1.5 Bemanning ved Helse Møre og Romsdal	29
1.5.1 Ansatte fordelt på yrkesgrupper 2020	29
1.5.2 Utvikling antall ansatte, brutto- og netto månedsverk	29
1.5.3 Bemanning – sammensetning og utvikling.....	30
1.5.4 Heltids- og deltidsansatte.....	31
1.5.5 Utvikling fravær.....	31
1.5.6 Turnover	33
1.6 Bemanning ved Helse Nord-Trøndelag.....	34
1.6.1 Ansatte fordelt på yrkesgrupper 2020	34
1.6.2 Utvikling antall ansatte, brutto- og netto månedsverk	34
1.6.3 Bemanning – sammensetning og utvikling.....	35
1.6.4 Heltids- og deltidsansatte.....	36
1.6.5 Utvikling fravær.....	36
1.6.6 Turnover	38
1.7 Bemanning ved Sykehusapotekene i Midt-Norge	39
1.7.1 Ansatte fordelt på yrkesgrupper 2020	39
1.7.2 Utvikling antall ansatte, brutto- og netto månedsverk	39
1.7.3 Bemanning – sammensetning og utvikling.....	40
1.7.4 Heltids- og deltidsansatte.....	41
1.7.5 Utvikling fravær.....	41
1.7.6 Turnover	42
1.8 Kvalitet.....	44
1.8.1 Ventetider og fristbrudd	46
1.9 Telefon- og videokonsultasjoner	49
1.9.1 Uønsket variasjon	50
1.9.2 Forskning og innovasjon	52
Del 2: Framskrivninger av aktivitet og bemanning	53
2 Innledning.....	54
2.1 Rammebetingelser.....	54
2.2 Framskrivningsmodeller og forutsetninger lagt til grunn	54
2.3 Framskrivningsmodell – aktivitet somatikk	55
2.4 Framskrivninger - aktivitet kronikere	56
2.5 Framskrivninger – aktivitet psykisk helsevern og TSB.....	57
2.6 Utfordringsbilder og bærekraft.....	58

3	Aktivitetsframskrivinger Helse Midt-Norge	60
3.1	Aktivitetsframskrivinger Helse Midt-Norge	61
3.1.1	PHV	62
3.1.2	PHBU	63
3.1.3	TSB.....	64
3.1.4	Somatikk.....	66
3.2	Aktivitetsframskrivinger Helse Møre og Romsdal HF	69
3.2.1	PHV	70
3.2.2	PHBU	71
3.2.3	TSB.....	72
3.2.4	Somatikk.....	73
3.3	Aktivitetsframskrivinger St. Olavs hospital HF	75
3.3.1	PHV	76
3.3.2	PHBU	77
3.3.3	TSB.....	78
3.3.4	Somatikk.....	79
3.4	Aktivitetsframskrivinger Helse Nord-Trøndelag HF	81
3.4.1	PHV	82
3.4.2	PHBU	83
3.4.3	TSB.....	84
3.4.4	Somatikk.....	85
4	Intensivsykepleiere	88
4.1	Generell innledning	88
4.2	Intensivsykepleiere St. Olavs hospital	88
4.2.1	Innledning.....	88
4.2.2	Historisk trend	89
4.2.3	Tilgjengelig kapasitet	90
4.2.4	Framskrivning - demografi.....	90
4.2.5	Framskrivning – Sykehusbyggmodellen	92
4.2.6	Kort oppsummering.....	92
4.3	Intensivsykepleiere Helse Møre og Romsdal	93
4.3.1	Innledning.....	93
4.3.2	Historisk trend	93
4.3.3	Tilgjengelig kapasitet	94
4.3.4	Framskrivning - demografi.....	94
4.3.5	Framskrivning – Sykehusbyggmodellen	96
4.3.6	Kort oppsummering.....	96
4.4	Intensivsykepleiere Helse Nord-Trøndelag	97
4.4.1	Innledning.....	97
4.4.2	Historisk trend	97
4.4.3	Tilgjengelig kapasitet	98
4.4.4	Framskrivning - demografi.....	98
4.4.5	Framskrivning – Sykehusbyggmodellen	100
4.4.6	Kort oppsummering.....	100
5	Jordmødre.....	101
5.1	Jordmødre St. Olavs hospital	101
5.1.1	Historisk trend	101
5.1.2	Tilgjengelig kapasitet	102
5.1.3	Framskrivning - demografi.....	102
5.1.4	Framskrivning – Sykehusbyggmodellen	104

5.1.5	Kort oppsummering.....	104
5.2	Jordmødre Helse Møre og Romsdal	105
5.2.1	Historisk trend	105
5.2.2	Tilgjengelig kapasitet	106
5.2.3	Framskrivning - demografi.....	106
5.2.4	Framskrivning – Sykehusbyggmodellen	108
5.2.5	Kort oppsummering.....	108
5.3	Jordmødre Helse Nord-Trøndelag	109
5.3.1	Historisk trend	109
5.3.2	Tilgjengelig kapasitet	110
5.3.3	Framskrivning - demografi.....	110
5.3.4	Framskrivning – Sykehusbyggmodellen	112
5.3.5	Kort oppsummering.....	112
6	Psykologer.....	113
6.1	Psykologer St. Olavs hospital.....	113
6.1.1	Tilgjengelig kapasitet	113
6.1.2	Framskrivning - demografi.....	113
6.2	Psykologer Helse Møre og Romsdal	115
6.2.1	Tilgjengelig kapasitet	115
6.2.2	Framskrivning - demografi.....	115
6.3	Psykologer Helse Nord-Trøndelag	117
6.3.1	Tilgjengelig kapasitet	117
6.3.2	Framskrivning - demografi.....	117
7	Vedlegg	119

Sammendrag

Dette dokumentet er delt i to hoveddeler. Del I inneholder beskrivelser av nåsituasjonen i spesialisthelsetjenesten. Beskrivelsen er tallbaserte og omfatter følgende områder:

- Aktivitet
- Prioriterte pasientgrupper i helsefelleskapene
- Samhandling
- Bemanning
- Kvalitet
 - Ventetider og fristbrudd
- Telefon- og videokonsultasjoner
- Uønsket variasjon
- Forskning og innovasjon

Del II omfatter framskrivinger av aktivitet og bemanning. Aktivitetsframskrivingene presenteres for psykisk helsevern for voksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk. Både HF-vise og samlede framskrivinger for hele regionen er inkludert. Bemanningsframskrivingene presenteres for utvalgte bemanningsgrupper: intensivsykepleiere, jordmødre og psykologer. Framskrivingene for bemanning viser eksempler på analyser som kan videreutvikles av HF-ene i utviklingsplanarbeidet og øvrig strategiarbeid. Framskrivingene for aktivitet og bemanning omfatter utfordringsbilder i både et korttids (4-års)- og et langtidsperspektiv (15 år).

Del I: Nåsituasjonsbeskrivelse

1 Tallbasert nåsituasjonsbeskrivelse

Nåsituasjonsbeskrivelsen har som formål å gi en tallmessig beskrivelse av hovedtrender og nåværende situasjon i Helse Midt-Norge pr 2021. Siden perioden etter mars 2020 i stor grad har vært preget av pandemi, er det i hovedsak presentert tall fra 2019 som siste «normalår». Det presenteres i tillegg tall bakover i tid, f.eks. fra 2017, for å følge trender i utviklingen. Følgende hovedområder beskrives i nåsituasjonsbeskrivelsen:

- Aktivitet
- Prioriterte pasientgrupper i helsefelleskapene
- Samhandling
- Bemanning
- Kvalitet
 - Ventetider og fristbrudd
- Telefon- og videokonsultasjoner
- Uønsket variasjon
- Forskning og innovasjon

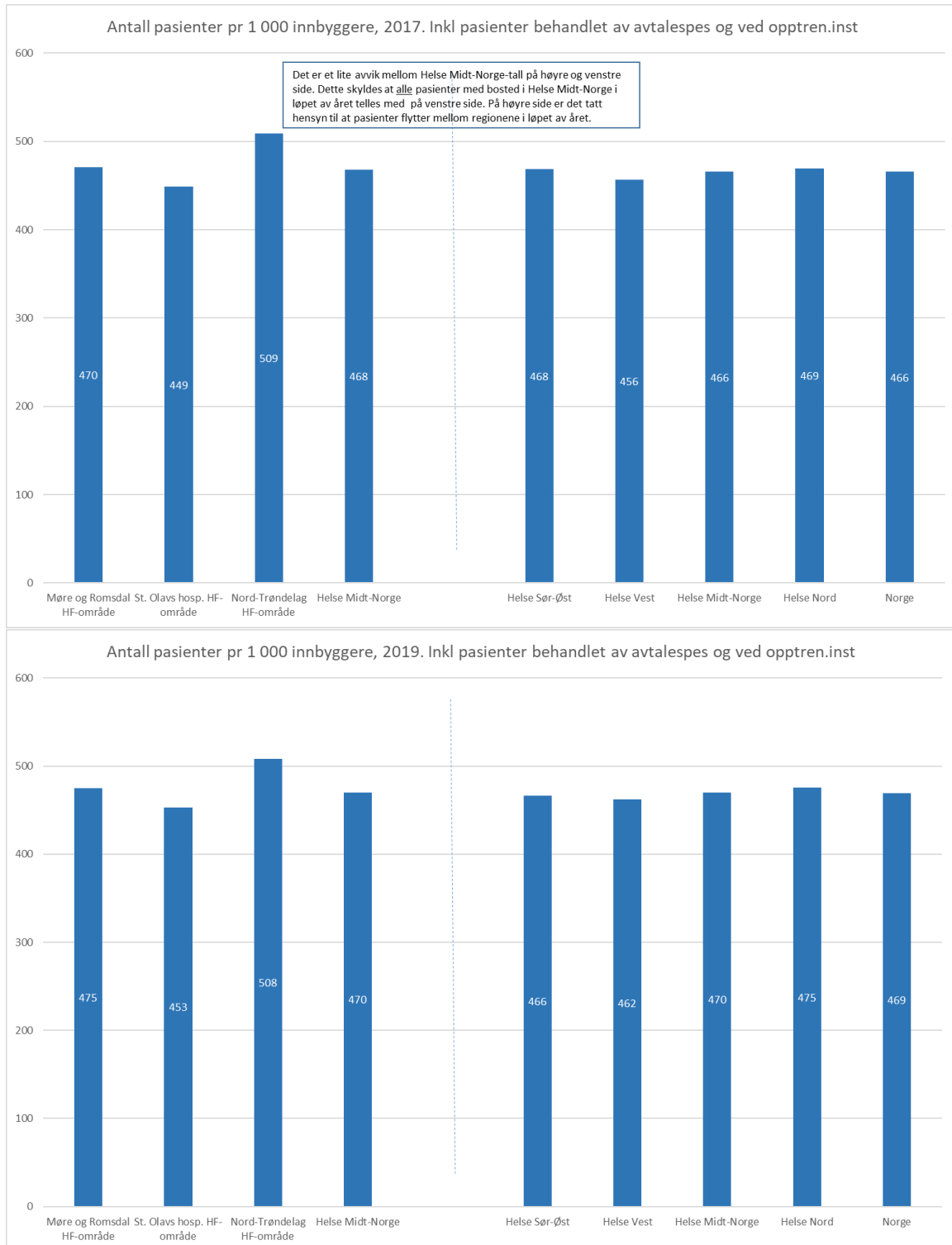
1.1 Aktivitet

Nøkkeltall for aktivitet beskrives for tjenesteområdene somatikk, PHV, PHBU og TSB. Tallsettene presenteres utifra et sørge for-perspektiv (med bostedsområdene i Helse Midt-Norge som analyseenheter og regionen og Norge som referansetall) og/eller foretaksvis. I Nasjonal helse- og sykehusplan løftes et utvalg pasientgrupper. Oversiktstall for disse pasientgruppene er presentert i egen del.

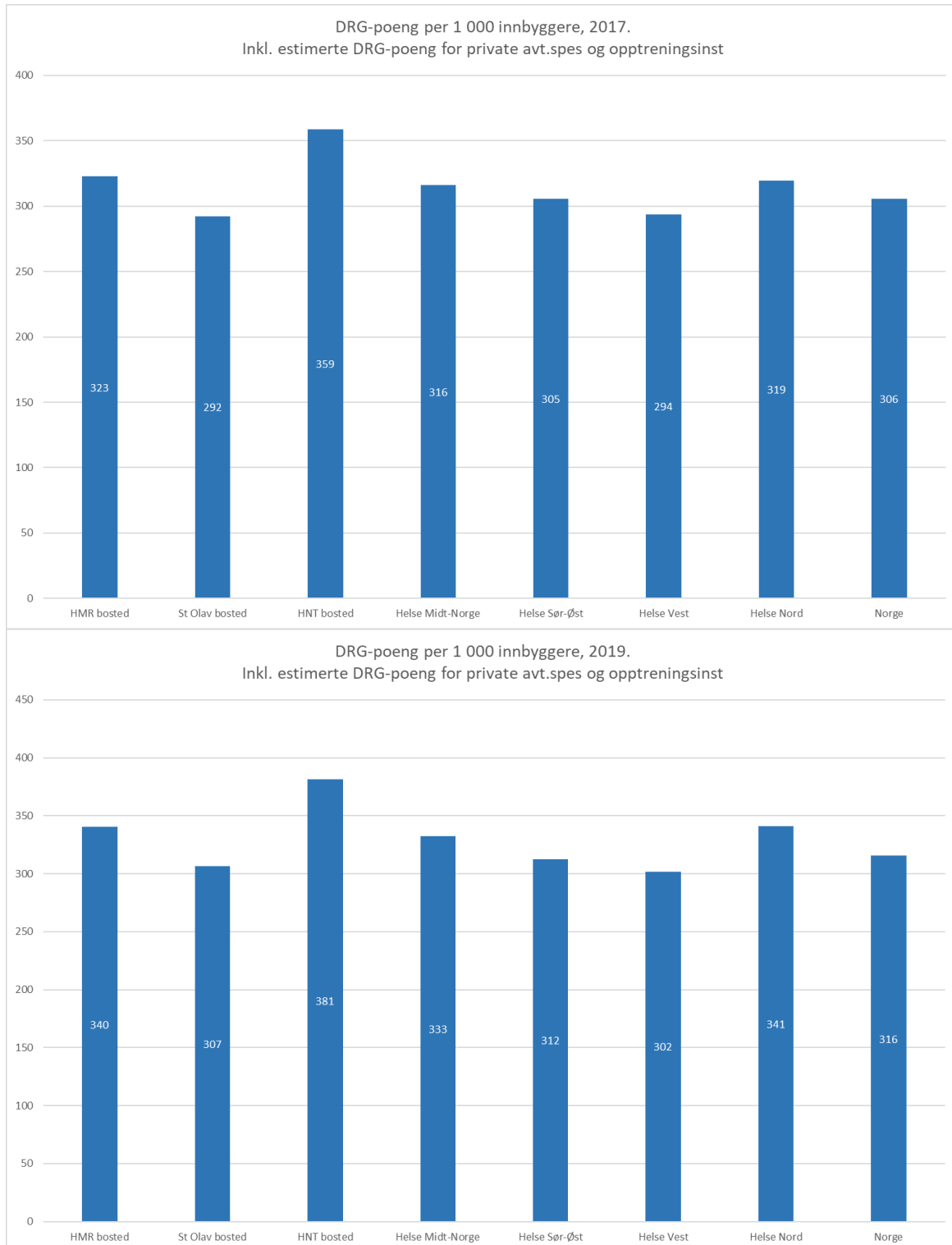
For mer detaljerte og lokale analyser, oppgis aktuelle lenker til relevante rapporter og tallgrunnlag.

1.1.1 Somatikk

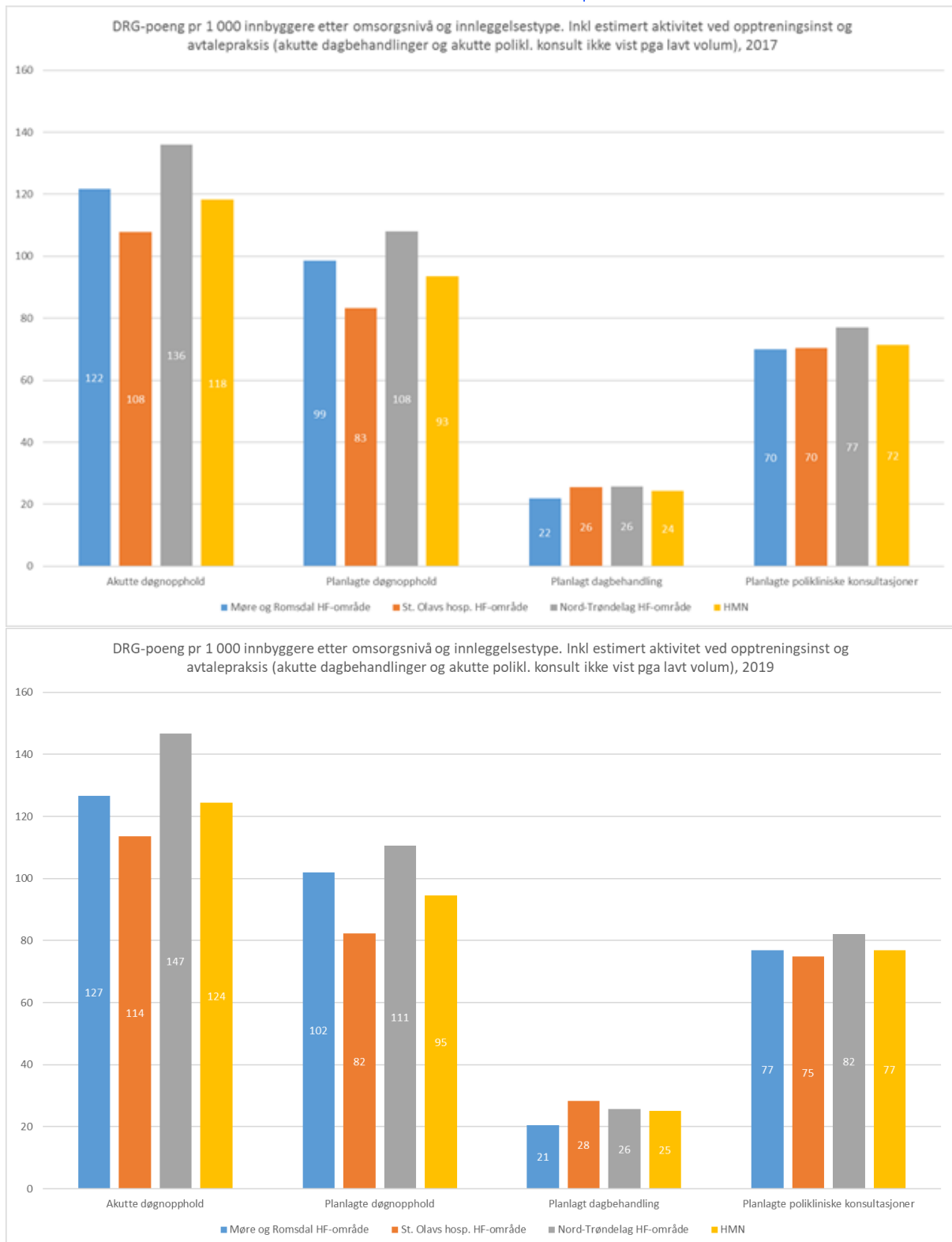
Innen somatikk vil nøkkeltall basert på antall pasienter og antall DRG-poeng gi informasjon om både omfang og ressursbruk i tjenestene som gis. I tillegg viser fordeling mellom hastegrad og omsorgsnivå at det forekommer forskjeller mellom HF-bostedsområdene i måten tilbudet til pasientene gis på.



Figur 1 Antall pasienter per 1 000 innbyggere innen somatisk spesialisthelsetjeneste, 2017 (øverst) og 2019 (nederst). HF-bostedsområdene i Helse Midt-Norge samt regionene og Norge (Datakilde: Norsk pasientregister (NPR))



Figur 2 Antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere innen somatisk spesialisthelsetjeneste, 2017 (øverst) og 2019 (nederst). HF-bostedsområdene i Helse Midt-Norge samt regionene og Norge (Datakilde: NPR)



Figur 3 Antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere innen somatisk spesialisthelsetjeneste, 2017 (øverst) og 2019 (nederst). Fordelt etter hastegrad (akutt vs planlagt) og omsorgsnivå (døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner). HF-bostedsområdene i Helse Midt-Norge samt regionen samlet (Datakilde: NPR)

For mer detaljer og lokale analyser samt HF-ville tall, se

<http://rapporter/reports/powerbi/Helse%20Midt-Norge%20RHF/Sandkasse/Pasientstr%C3%B8mmen/SHO%20bosted%20HMN>

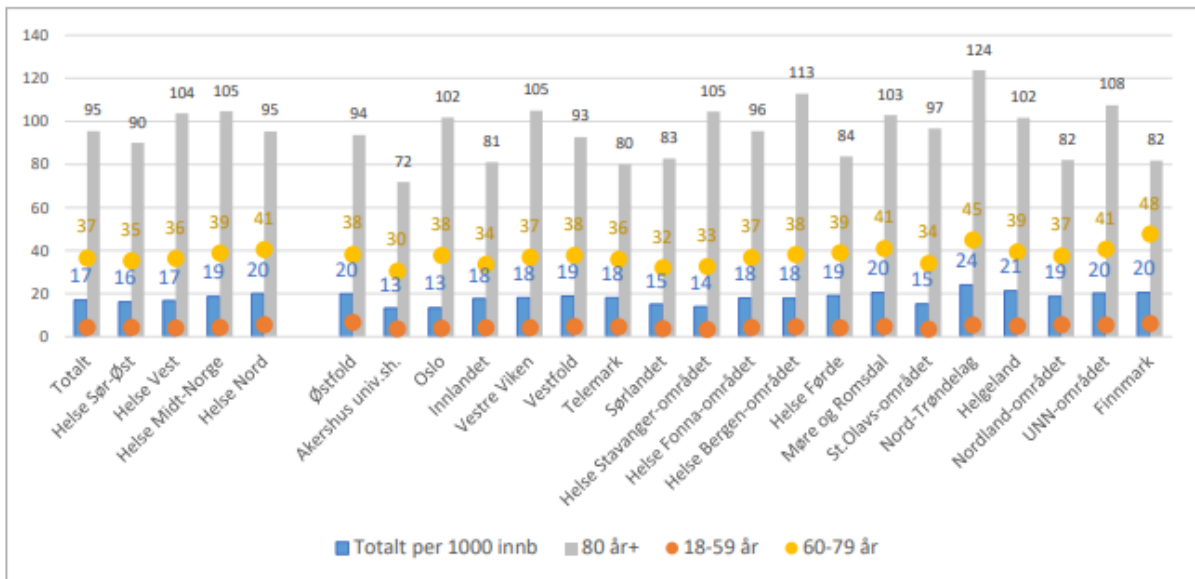
1.2 Prioriterte pasientgrupper i helsefelleskapene

I Nasjonal helse- og sykehusplan løftes fire pasientgrupper spesielt fram som grupper helsefelleskapene skal ha oppmerksomhet på. Disse er:

- personer med flere kroniske lidelser
- skrøpelige eldre
- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

Vi presenterer her noen overordnede nøkkeltall for gruppene samt lenker til kilder med mer detaljert informasjon.

1.2.1.1 Personer med flere kroniske lidelser



Figur 4 Antall personer per 1 000 innbyggere med kompleks multimorbiditet etter alder og helsefelleskap, 2019 (Helsedirektoratet, 2021)¹

For å definere pasienter med kompleks multimorbiditet er definisjon fra Helsedirektoratets rapport (Helsedirektoratet, 2021) benyttet:

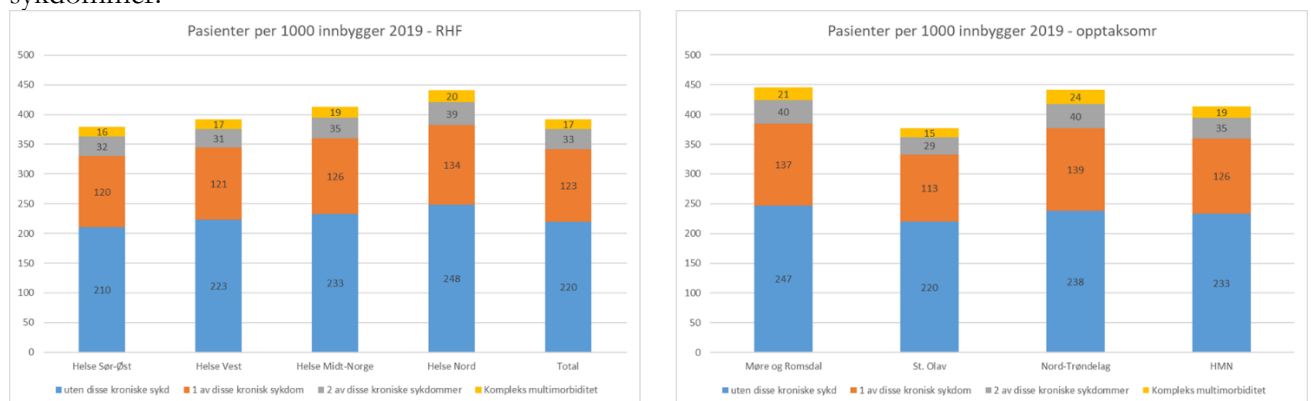
- 3 eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem
 - Diagnosegrupper se tabell
 - Ulike organsystem <-> definert av ulike kapittel ICD-10

¹ Helsedirektoratet (2021). Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del 1: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer. Rapport IS-2997.

Tabell 1 Diagnosegrupper (Helsedirektoratet, 2021)

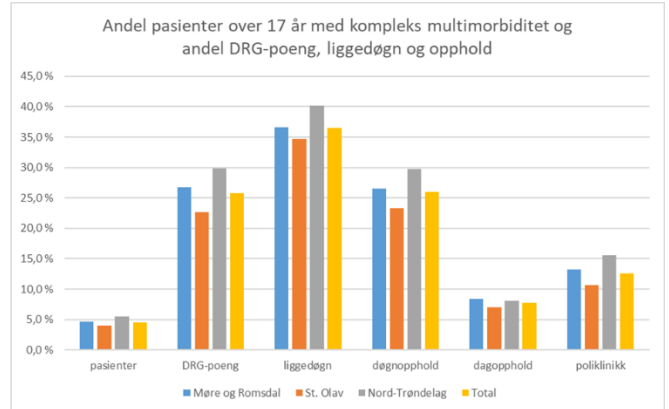
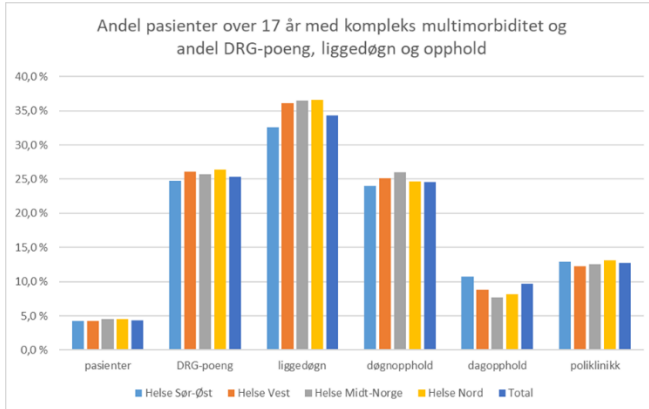
Kronisk sykdom/tilstand:	Tilstandskode:	Kapittel ICD-10
Kreft	C00 -C97, D00-D09	2
Sykdommer i blod og bloddannende organer	D50-D77	3
Immunsykdommer	D80-D89, B20-B24	3
Forstyrrelser i skjoldbruskkjertel	E00-E07	4
Diabetes	E10-E14	4
Endokrine og metabolske sykdommer	E15-E16, E20-E35, E70-E90	4
Fedme	E66	4
Hyperlipidemi	E78	4
Cystisk fibrose	E84	4
Demens	F00-F03, G30-G32	5
Nevromuskulær sykdom	G10-G14, G20-G26, G35, G40-G41, G70-G73	6
Sykdommer med lammelser	G80-G83	6
Sykdommer i øyet (ekskl øyelokk)	H10-H59	7
Hypertensjon	I10-I15	9
Iskemiske hjertesykdommer	I20-I25	9
Hjertearytmi	I44-I49	9
Kongestiv hjertesvikt	I50	9
Hjernerksykdommer	I60-I64, G45	9
Kroniske sykdommer i nedre luftveier	J40-J47	10
Inflammatorisk tarmsykdom	K50-K52	11
Irritabel tarm-syndrom	K58	11
Sykdommer i lever og galleblære	K70-K77, K80-K87	11
Inflammatoriske leddlidelser og systemiske bindevevssykdommer	M05-M14, M30-M36	13
Osteoporose	M80-M85	13
Kronisk nyresykdom	N18	14
Benign prostataobstruksjon	N40	14
Åpen sår hud	T01, S01, S11, S21, S31, S41, S51, S61, S71, S81, S91	19
Kunstig åpning (ettersyn og status)	Z43, Z93	21
Amputasjonstatus	Z89	21
Transplantasjon	Z940-Z944, Z948	21 _a

Figurene nedenfor viser antall pasienter 18 år og eldre per 1 000 innbyggere gruppert etter antall kroniske sykdommer.

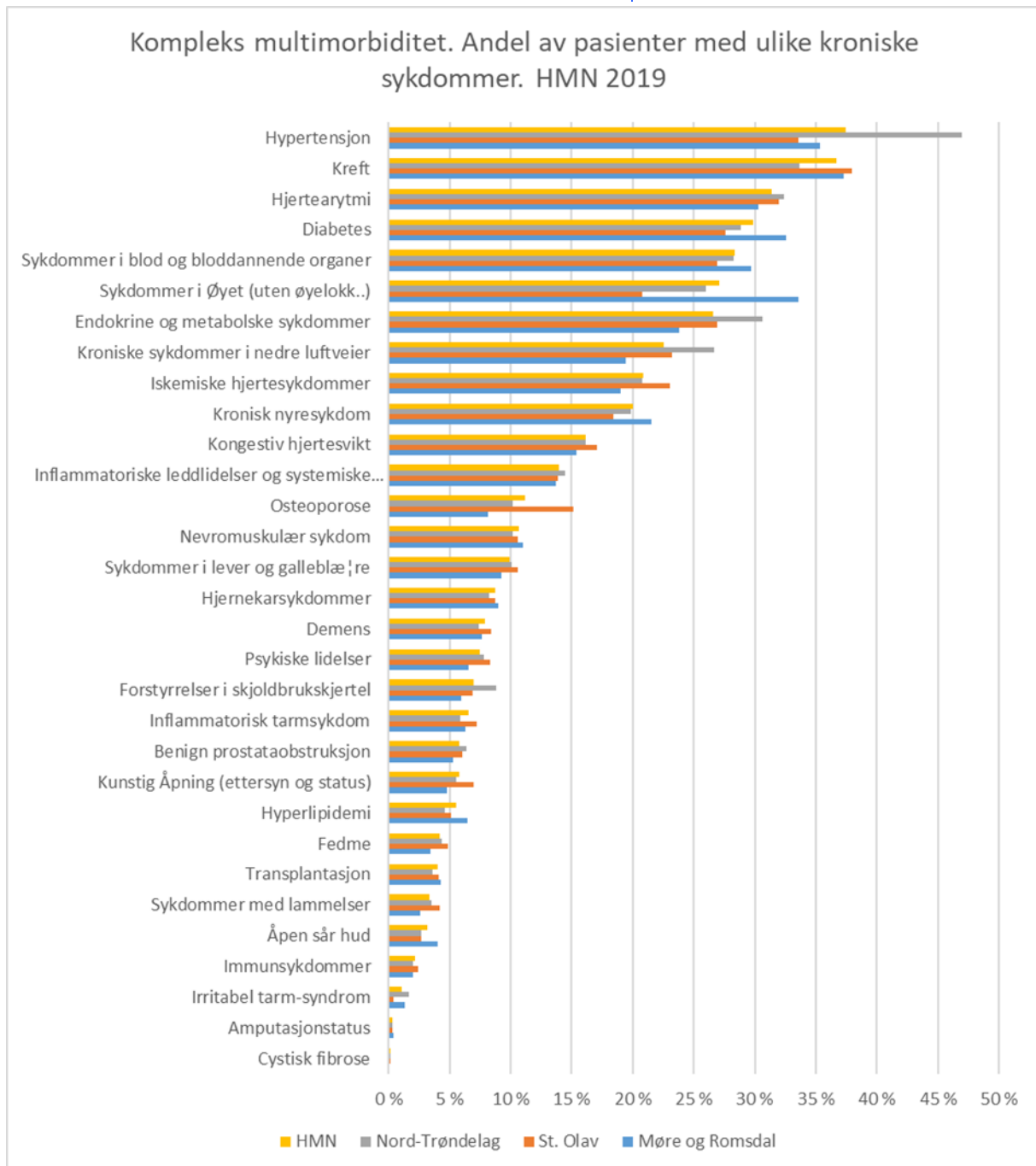


Figur 5 Antall pasienter per 1 000 innbyggere gruppert etter antall kroniske sykdommer, 2019

Figur 6 viser andel pasienter 18 år og eldre med kompleks multimorbiditet. Pasientgruppen utgjør om lag 4 prosent av totalt antall pasienter. Det er en pasientgruppe med store behov for helsetjenester. Om lag 35% av alle liggedøgn i sykehus i 2019 var knyttet til denne pasientgruppen.

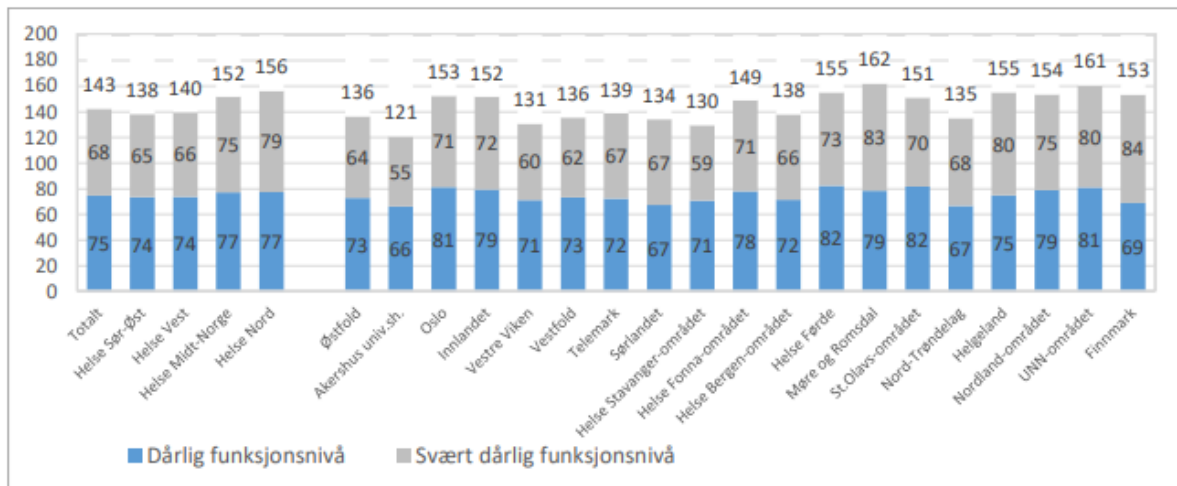


Figur 6 Pasienter med kompleks multimorbiditet– andel av pasienter, andel av DRG-poeng, andel av liggedøgn, andel av opphold, 2019



Figur 7 Pasienter 18 år og eldre med kompleks multimorbiditet– andel av pasienter med ulike kroniske sykdommer, 2019

1.2.1.2 Skrøpelige eldre



Figur 8 Antall personer per 1 000 innbygger 75 år og eldre med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. Data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) per region og helsefelleskap 2019 (Helsedirektoratet, 2021)²

For mer detaljer og lokale analyser, se

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefelleskapene/Del%20I%20%E2%80%93%20Skr%C3%B8pelige%20eldre%20og%20personer%20med%20flere%20kroniske%20sykdommer.pdf/_/attachment/inline/683fd18f-608f-45f5-9fd7-603811f90b2c:7862fffc610095ea43f7ce44dc954916cd165012/Del%20I%20%E2%80%93%20Skr%C3%B8pelige%20eldre%20og%20personer%20med%20flere%20kroniske%20sykdommer.pdf#page=41&zoom=100,72,80

1.2.1.3 Barn og unge

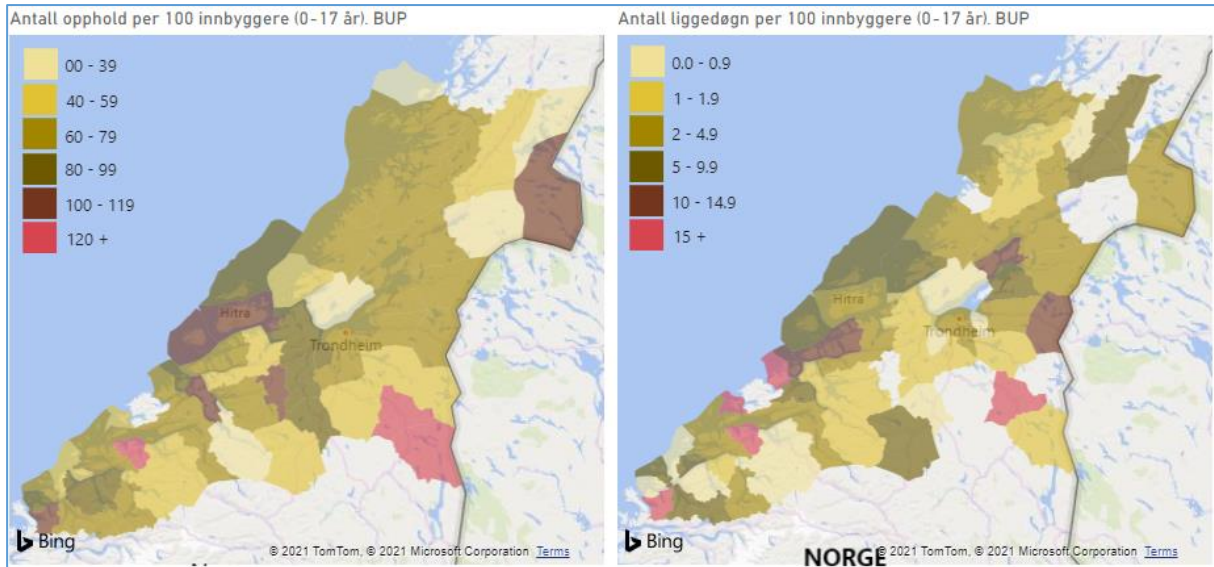
I pasientgruppen barn og unge, har vi valgt å fokusere særlig på barn og unge med psykiske lidelser. Oversiktene viser de overordnede nøkkeltallene for denne gruppen i vår region samt kilder til mer detaljerte og lokale tallgrunnlag.

Tabell 2 Opphold og liggedøgn i psykisk helsevern for barn og unge per 100 innbyggere 0-17 år bosatt i Helse Midt-Norge. 2018 til venstre, 2019 til høyre³

Bosted	Døgn-opphold	Dag/poliklinikk	Liggedøgn	Bosted	Døgn-opphold	Dag/poliklinikk	Liggedøgn
HMR	0,42	64,16	7,9	HMR	0,45	61,52	5,7
HNT	0,37	64,22	10,7	HNT	0,35	60,02	4,7
St. Olav	0,29	72,25	4,0	St. Olav	0,20	62,87	3,1
Totalt	0,35	67,72	6,7	Totalt	0,32	61,83	4,4

² Helsedirektoratet (2021). Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del 1: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer. Rapport IS-2997.

³ Fra 2017 til 2018 byttet HF-ene i Helse Midt-Norge pasientadministrativt system for PHBU. I den forbindelse ble det et brudd i tidsserien for særlig polikliniske konsultasjoner. Derfor er ikke tall for 2017 presentert her.



Figur 9 Opphold (til venstre) og liggedøgn (til høyre) i psykisk helsevern for barn og unge per 100 innbyggere 0-17 år bosatt i Helse Midt-Norge, 2020

For mer detaljer og lokale analyser samt HF-vise tall, se

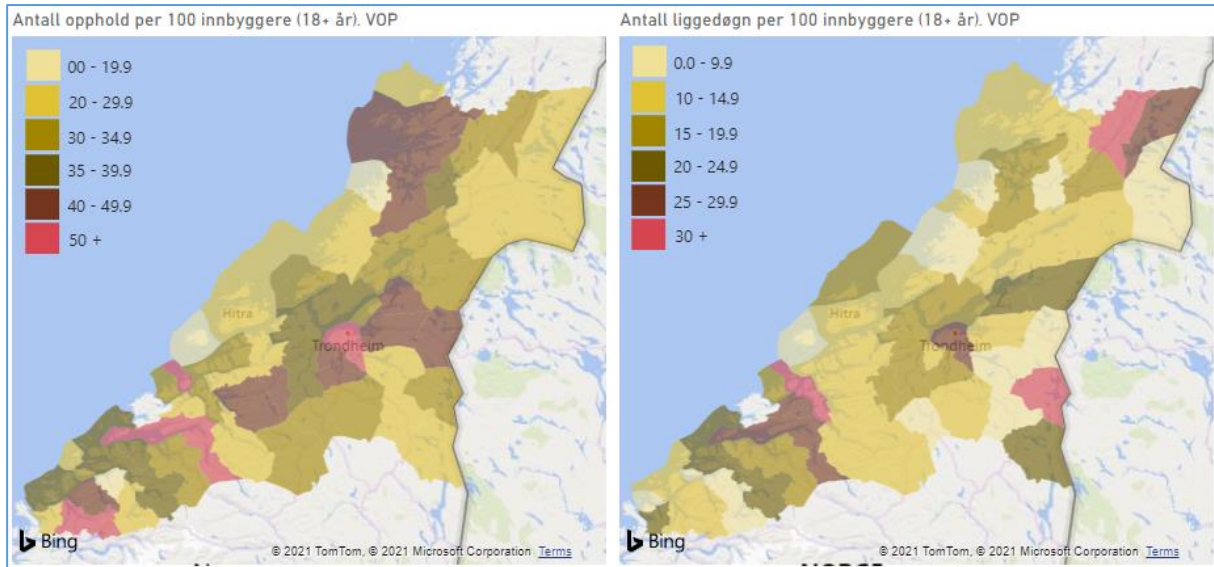
<http://rapporter/reports/powerbi/Helse%20Midt-Norge%20RHF/Sandkasse/Pasientstr%C3%B8mmen/VOP%20BUP%20TSB>

1.2.1.4 Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

I denne delen presenteres nøkkeltall for behandling av personer med psykiske lidelser og ruslidelser i spesialisthelsetjenesten. Det presenteres også lenker til kilder med mer detaljert informasjon.

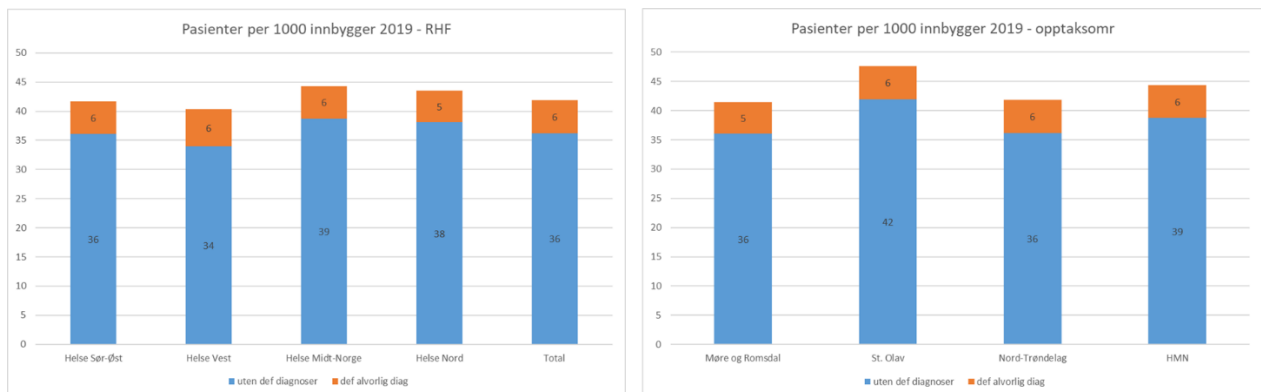
Tabell 3 Opphold og liggedøgn i psykisk helsevern for voksne per 100 innbyggere 18 år og eldre bosatt i Helse Midt-Norge. 2017 til venstre, 2019 til høyre

Bosted	Døgn-opphold	Dag/poliklinikk	Liggedøgn	Bosted	Døgn-opphold	Dag/poliklinikk	Liggedøgn
☒ St. Olav	1,53	57,46	23,9	☒ St. Olav	1,49	52,61	22,2
☒ HMR	1,41	40,53	22,2	☒ HMR	1,45	41,39	22,2
☒ HNT	1,21	44,91	18,6	☒ HNT	1,26	39,56	16,1
Totalt	1,42	48,86	22,3	Totalt	1,43	46,11	21,1



Figur 10 Opphold (til venstre) og liggedøgn (til høyre) i psykisk helsevern for voksne per 100 innbyggere 18 år og eldre bosatt i Helse Midt-Norge, 2020

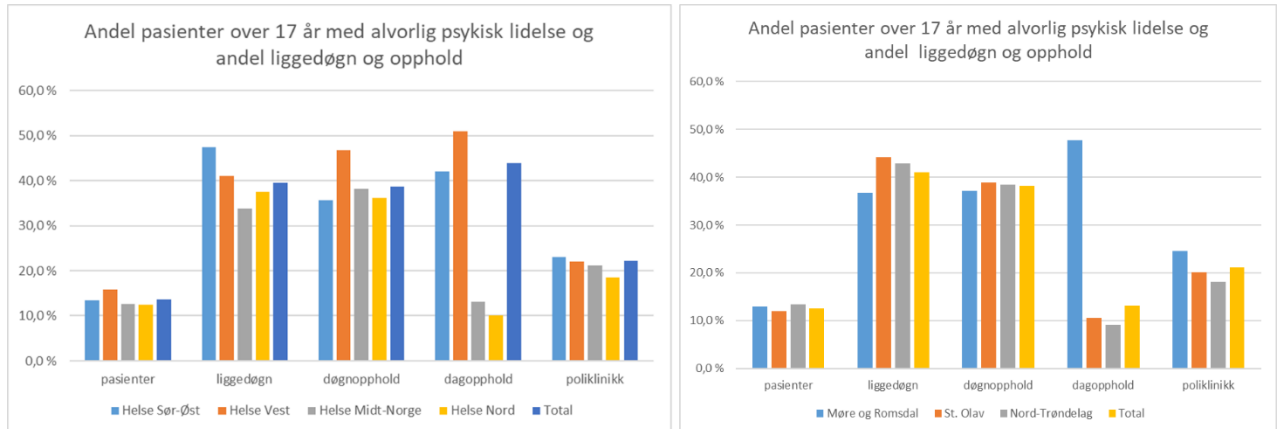
Figurene nedenfor viser antall pasienter 18 år og eldre per 1 000 innbyggere gruppert etter om de har hatt minst en kontakt hvor en eller flere av diagnosekodene er definert som alvorlig psykisk lidelse jf. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) m.fl. (2021)⁴.



Figur 11 Antall pasienter per 1 000 innbyggere gruppert etter om diagnosekode for alvorlig psykisk lidelse er registrert, 2019

⁴ SKDE, Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF (2021). Ett år inn i koronapandemien. Ivaretagelse av helsetjenestens sørge-for-ansvar.

Figurene nedenfor viser andel pasienter 18 år og eldre med alvorlig psykisk lidelse. Pasientgruppen utgjør om lag 13 prosent av det totale antallet pasienter. Dette er en pasientgruppe med store behov for helsetjenester. Om lag 40% av alle liggedøgn innen PHV og TSB i 2019 var knyttet til denne pasientgruppen.

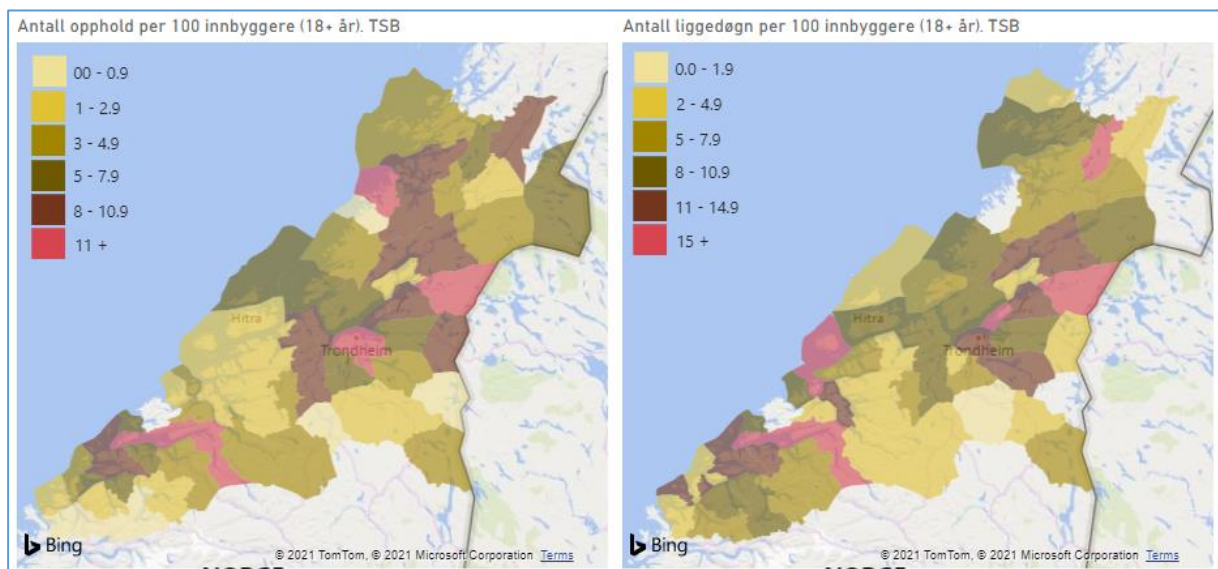


Figur 12 Andel pasienter, liggedøgn og opphold for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, 2019

Tabell 4 Opphold og liggedøgn i TSB per 100 innbyggere 18 år og eldre bosatt i Helse Midt-Norge. 2017 til venstre, 2019 til høyre

Bosted	Døgn-opphold	Dag/poliklinikk	Liggedøgn
⊕ HNT	0,34	7,76	15,3
⊕ HMR	0,51	5,54	12,5
⊕ St. Olav	0,45	10,36	11,4
Totalt	0,45	8,10	12,6

Bosted	Døgn-opphold	Dag/poliklinikk	Liggedøgn
⊕ HMR	0,49	5,51	13,0
⊕ HNT	0,28	7,20	10,4
⊕ St. Olav	0,45	11,45	9,9
Totalt	0,43	8,50	11,1



Figur 13 Opphold (til venstre) og liggedøgn (til høyre) i TSB for voksne per 100 innbyggere 18 år og eldre bosatt i Helse Midt-Norge, 2020

For mer detaljer og lokale analyser samt HF-ville tall, se

<http://rapporter/reports/powerbi/Helse%20Midt-Norge%20RHF/Sandkasse/Pasientstr%C3%B8mmen/VOP%20BUP%20TSB>

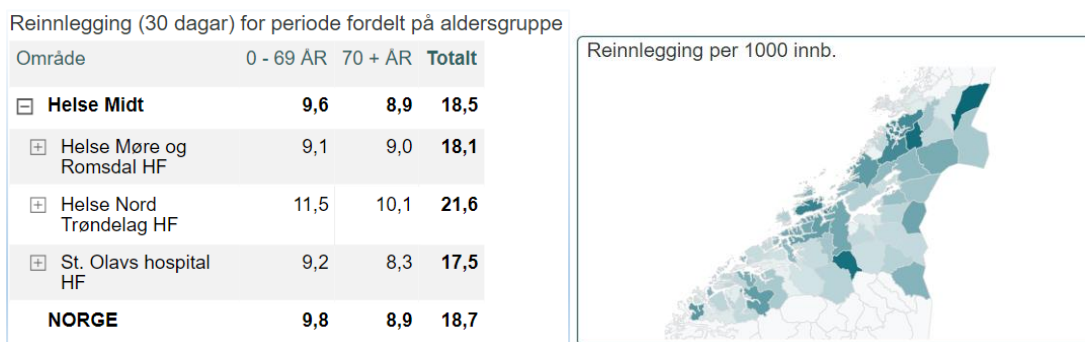
1.3 Samhandling

Særlig aktuelle tallgrunnlag er

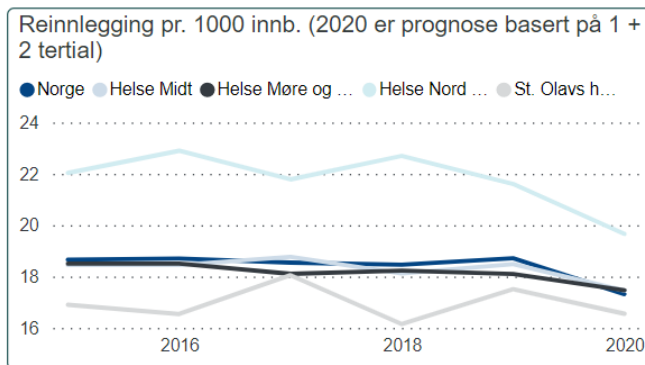
- Reinnleggelser
- Utskrivingsklare pasienter

Tallene som viser reinnleggelser presenteres som ratetall for bostedsområdene i Helse Midt-Norge. Regionen og Norge presenteres som referanseverdier. Tall for utskrivingsklare pasienter presenteres både pr HF og pr HF-bostedsområde i Helse Midt-Norge.

1.3.1.1 Reinnleggelser



Figur 14 Reinnleggelser (øyeblikkelig hjelpinnleggelse innen 30 dager) per 1 000 innbyggere for HF-bostedsområdene i Helse Midt-Norge, for Helse Midt-Norge totalt og Norge, 2019. Fordelt etter aldersgrupper. (Kilde: Samhandlingsbarometeret)



Figur 15 Reinnleggelser (øyeblikkelig hjelpinnleggelse innen 30 dager) per 1 000 innbyggere for HF-bostedsområdene i Helse Midt-Norge, for Helse Midt-Norge totalt og Norge, 2016-2020. (Kilde: Samhandlingsbarometeret)

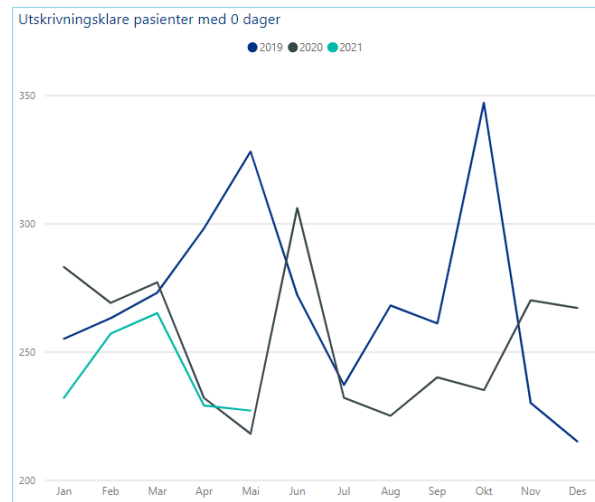
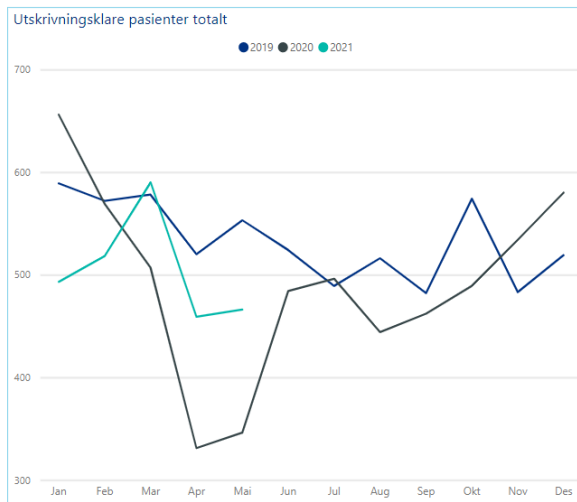
For mer detaljer og lokale analyser, se

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTM1ZGIzYzQtZGVhZi00MWU0LWUwMGEtYmI4ZmE0MjFmNmNhIiwidCI6ImJkY2JlNTM1LWYzY2YtNDlmNS04YTZhLWZiNmQ5OGRjNzgzNyIsImMiOiJh9&pageName=ReportSection1b97f1d051d887f70628>

1.3.1.2 Utskrivingsklare pasienter

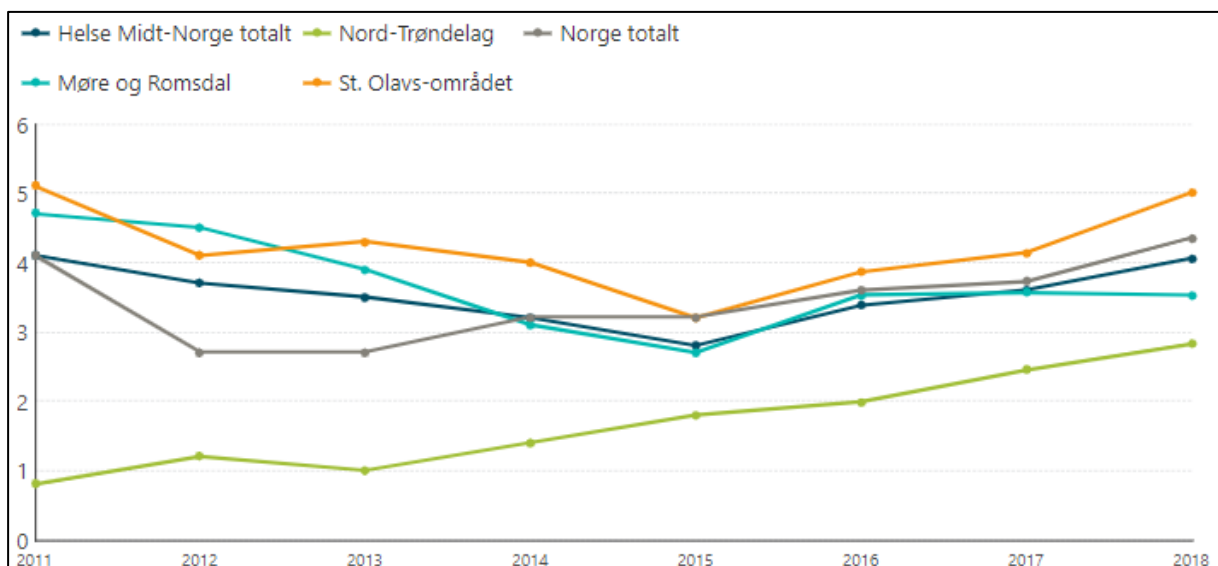
Tabell 5 Antall utskrivingsklare pasienter, herav antall med 0 liggedager som utskrivingsklar samt gjennomsnittlig antall liggedøgn per utskrivingsklar pasient, pr HF i Helse Midt-Norge og totalt for Helse Midt-Norge, 1. tertial 2021.
Utskrivingsklare pasienter

Nivå1	Antall UKP (fra UKPdager)	Antall UKP med 0 dager (fra UKPdager)	Antall UKP med verdi (fra UKPdager)	Antall liggedøgn per UKP med mer enn 0 dager (fra UKPdager)
HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	1 031	682	349	5,79
HELSE NORD-TRØNDELAG HF	159	42	117	7,28
ST. OLAVS HOSPITAL HF	870	259	611	6,87
Totalt	2 060	983	1 077	6,56



Figur 16 Oversikter over totalt antall utskrivingsklare pasienter (venstre) og utskrivingsklare pasienter som ble tatt imot av kommunen samme dag som de ble meldt som utskrivingsklar (høyre), 2019-2021, Helse Midt-Norge

Mens rapportene som er tilgjengelige i Helse Midt-Norges datavarehus viser utviklingen fra 2019-2021 (se Figur 16), har Helsedirektoratet tilgjengeliggjort oversikter som viser trender bakover i tid, før Koronapandemien:



Figur 17 Utvikling i antall opphold med minst en liggedag som utskrivingsklar per 1 000 innbyggere, 2011-2018, HF-bostedsområder i Helse Midt-Norge, Helse Midt-Norge totalt og Norge totalt. (Kilde: Helsedirektoratet)

For mer detaljer og lokale analyser, se

<http://rapporter/reports/powerbi/Regionale%20Rapporter%20Helse%20Midt-Norge/Virksomhetsdata/Styringskort>

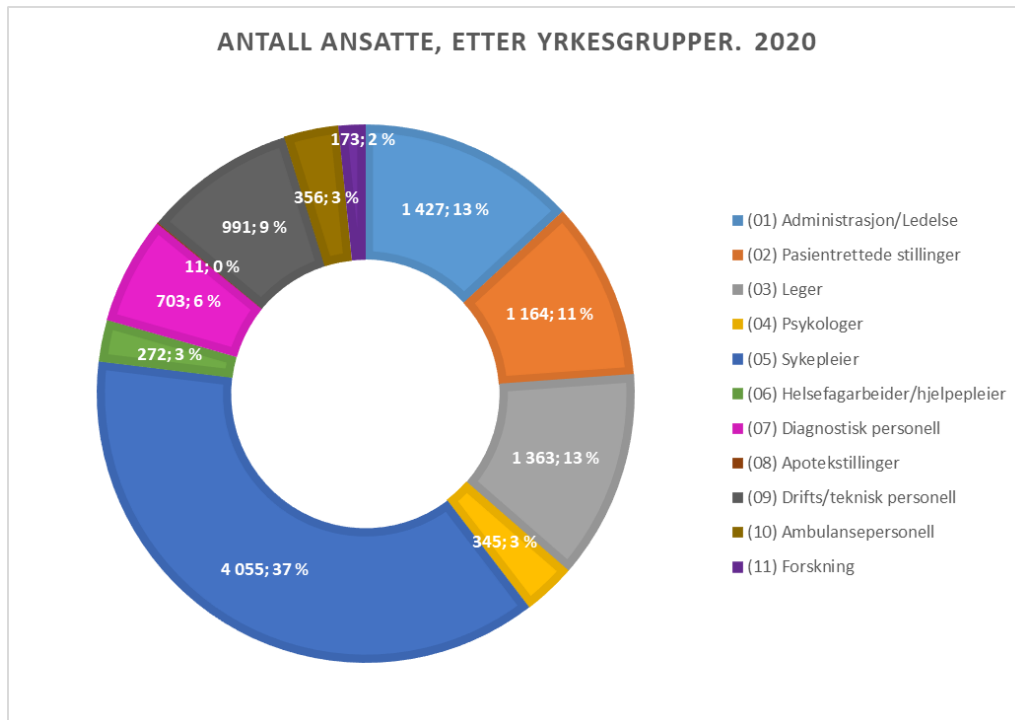
For oversikter over historiske trender, se

<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/f6ee3122-67d3-4f53-abbf-091e199d039b?e=false&vo=viewonly>

1.4 Bemanning ved St. Olavs hospital

1.4.1 Ansatte fordelt på yrkesgrupper 2020

Sykepleiergruppen er den største yrkesgruppen i våre helseforetak. Hos St. Olavs hospital (St. Olav) utgjør denne 37 prosent av alle ansatte, se Figur 18. Administrasjon, ledelse, IT og drift og teknisk personell utgjør cirka 22 prosent mens resten av personellet er knyttet til pasientrettet arbeid fordelt på ulike yrkesgrupper.



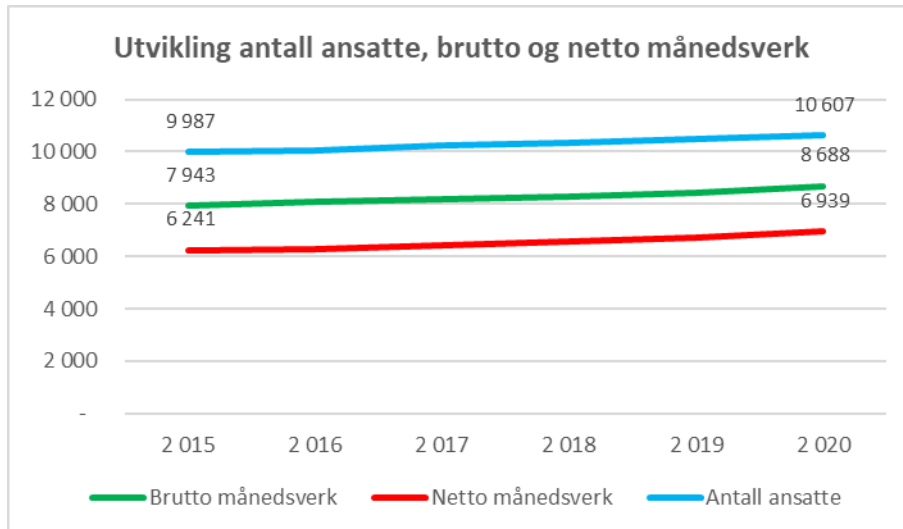
Figur 18: Antall ansatte fordelt på yrkesgrupper. 2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube)

1.4.2 Utvikling antall ansatte, brutto- og netto månedsverk⁵

St. Olav hadde 10.607 ansatte (inkl. faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger) som sto for 8.688 brutto månedsverk og 6.939 netto månedsverk i 2020. Dette gir en gjennomsnittlig stillingsprosent på 82 og et gjennomsnittlig brutto fravær på 20 prosent for alle ansatte (hvor sykefraværet utgjør 8 prosent). Se Figur 19.

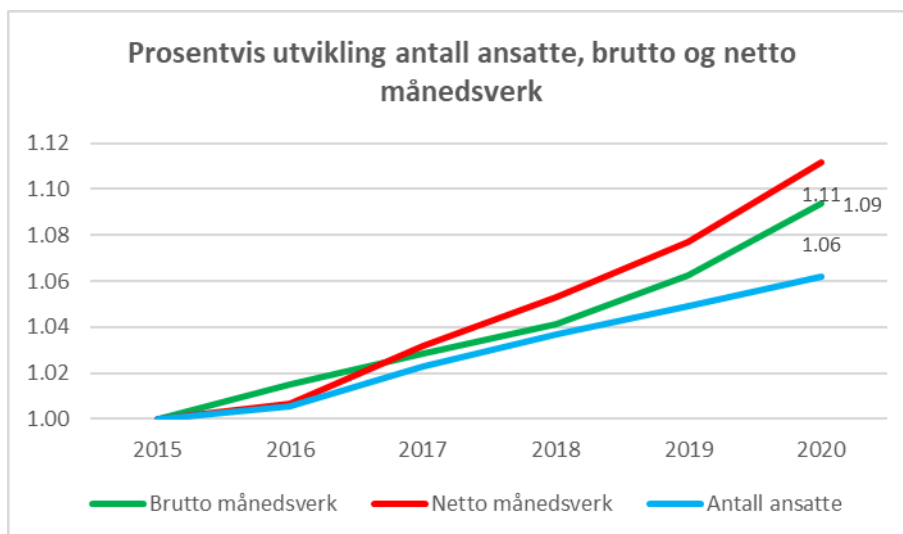
⁵Måltallene antall ansatte, brutto månedsverk og netto månedsverk inkluderer faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger. Innleie er ikke inkludert.

Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjon, sykdom og annet fravær og er det samme som det bemanningen koster (tilsvarende antall årsverk). Netto månedsverk er brutto månedsverk minus fravær. Dette viser den faktiske bemanning som er på jobb.



Figur 19: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

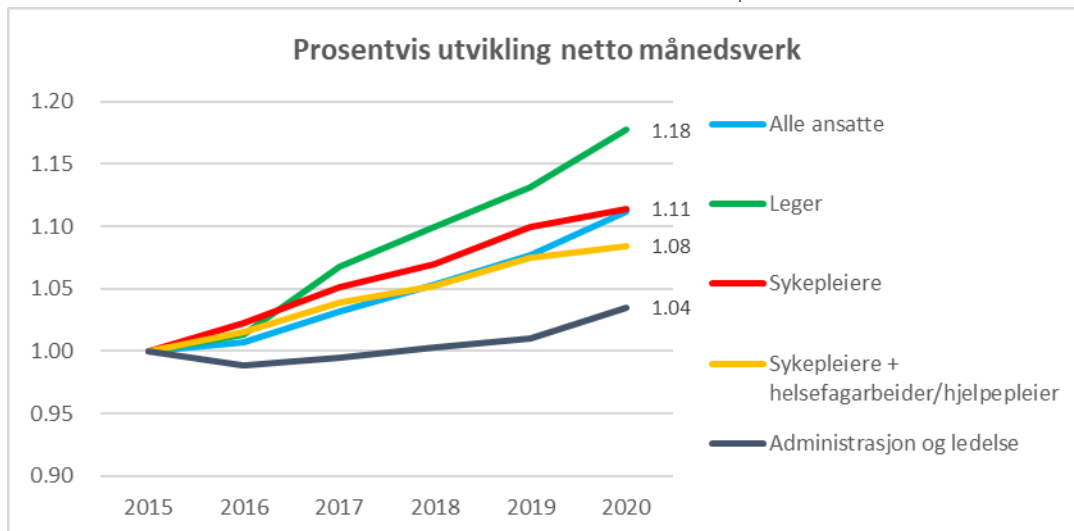
Antall ansatte økte med 620 i perioden 2015-2020, tilsvarende 6 prosent. Se Figur 20. For samme periode økte brutto månedsverk med 9 prosent (745 flere) og netto månedsverk økte med 11 prosent (698 flere). Større vekst i brutto månedsverk i forhold til antall ansatte viser en vekst i gjennomsnittlig stillingsprosent. Større vekst i netto månedsverk i forhold til brutto månedsverk viser en reduksjon i brutto fraværspersent.



Figur 20: Prosentvis utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk (inkludert faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger). 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.4.3 Bemanning – sammensetning og utvikling

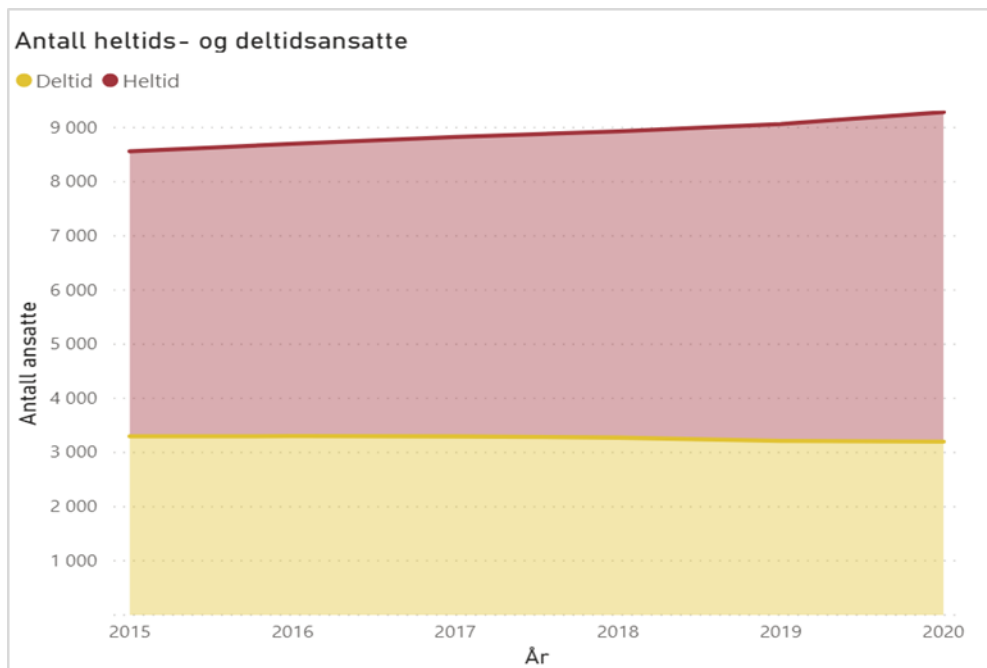
Veksten i netto månedsverk har i perioden 2015 til 2020 variert mellom yrkesgruppene, se Figur 21. Legegruppen har hatt størst vekst med 18 prosent, mens sykepleiergruppen har hatt en vekst på 11 prosent. Helsefagarbeiderer/hjelpepleier er den eneste gruppen som har hatt en nedgang i denne perioden med en reduksjon på 30 prosent.



Figur 21: Utvikling i netto månedsverk for utvalgte yrkesgrupper, 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.4.4 Heltids- og deltidsansatte

Stadig flere ansatte jobber heltid ved St. Olav, se Figur 22. Siden 2015 har antall ansatte som jobber heltid økt med 16 prosent. Økningen i netto månedsverk utført av ansatte som jobber heltid har økt med 20 prosent. Andelen som jobber deltid har vist en svak negativ utvikling siden 2015 og er redusert med 3 prosent. Reduksjonen i netto månedsverk utført av ansatte som jobber deltid er redusert med 2 prosent.



Figur 22: Utvikling i antall ansatte som jobber heltid og deltid, 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.4.5 Utvikling fravær

Netto sykefraværspersent variere mellom yrkesgruppene, der legegruppen ligger lavest (4 prosent) og helsefagarbeider/hjelpepleier ligger høyest (14 prosent) i 2020. Se Tabell 6. Til tross for store variasjoner mellom yrkesgruppene ligger sykefraværet stabilt innen hver yrkesgruppe med små variasjoner, bortsett fra apotekerstillinger og helsefagarbeidere/hjelpepleier som har større spredning. Tilsvarende trend gjelder for brutto fraværspersent, se Tabell 7.

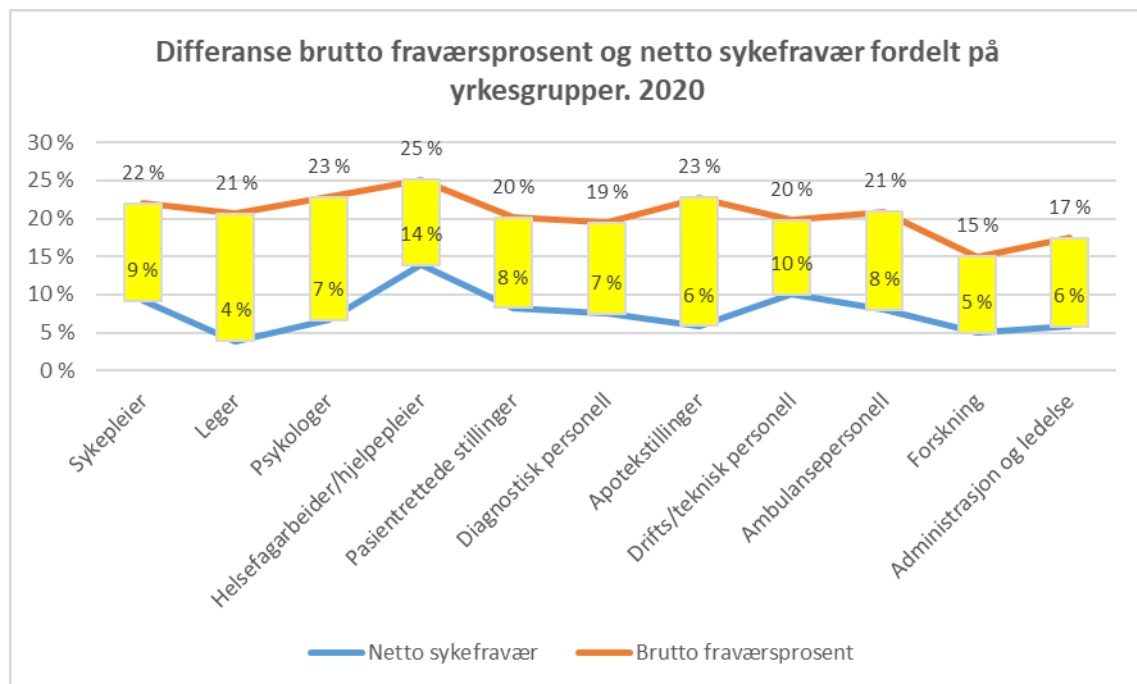
Tabell 6: Utvikling netto sykefravær for perioden 2015-2020 etter yrkesgruppe.

Yrkesgrupper	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sykepleier	9 %	9 %	9 %	8 %	8 %	9 %
Leger	4 %	4 %	4 %	3 %	3 %	4 %
Psykologer	8 %	7 %	6 %	7 %	8 %	7 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	14 %	12 %	10 %	10 %	12 %	14 %
Pasientrettede stillinger	8 %	8 %	8 %	7 %	8 %	8 %
Diagnostisk personell	8 %	8 %	8 %	8 %	8 %	7 %
Apotekstillinger	2 %	6 %	9 %	2 %	2 %	6 %
Drifts/teknisk personell	11 %	12 %	11 %	9 %	10 %	10 %
Ambulansepersonell	7 %	7 %	6 %	8 %	8 %	8 %
Forskning	10 %	8 %	10 %	5 %	6 %	5 %
Administrasjon og ledelse	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %	6 %

Tabell 7: Utvikling brutto fraværprosent⁶ (for faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger) for perioden 2015-2020 etter yrkesgruppe.

Yrkesgrupper	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sykepleier	23 %	23 %	22 %	22 %	22 %	22 %
Leger	22 %	23 %	21 %	21 %	21 %	21 %
Psykologer	26 %	27 %	26 %	25 %	25 %	23 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	24 %	22 %	21 %	21 %	22 %	25 %
Pasientrettede stillinger	20 %	20 %	19 %	18 %	20 %	20 %
Diagnostisk personell	23 %	22 %	22 %	22 %	21 %	19 %
Apotekstillinger	14 %	19 %	24 %	25 %	16 %	23 %
Drifts/teknisk personell	20 %	22 %	22 %	20 %	20 %	20 %
Ambulansepersonell	20 %	21 %	19 %	20 %	20 %	21 %
Forskning	24 %	24 %	24 %	22 %	24 %	15 %

Leger (17 prosent), psykologer (16 prosent) og apotekstillinger/farmasøyter (17 prosent) er de yrkesgruppene som har høyest fravær som skyldes permisjoner, se Figur 23.

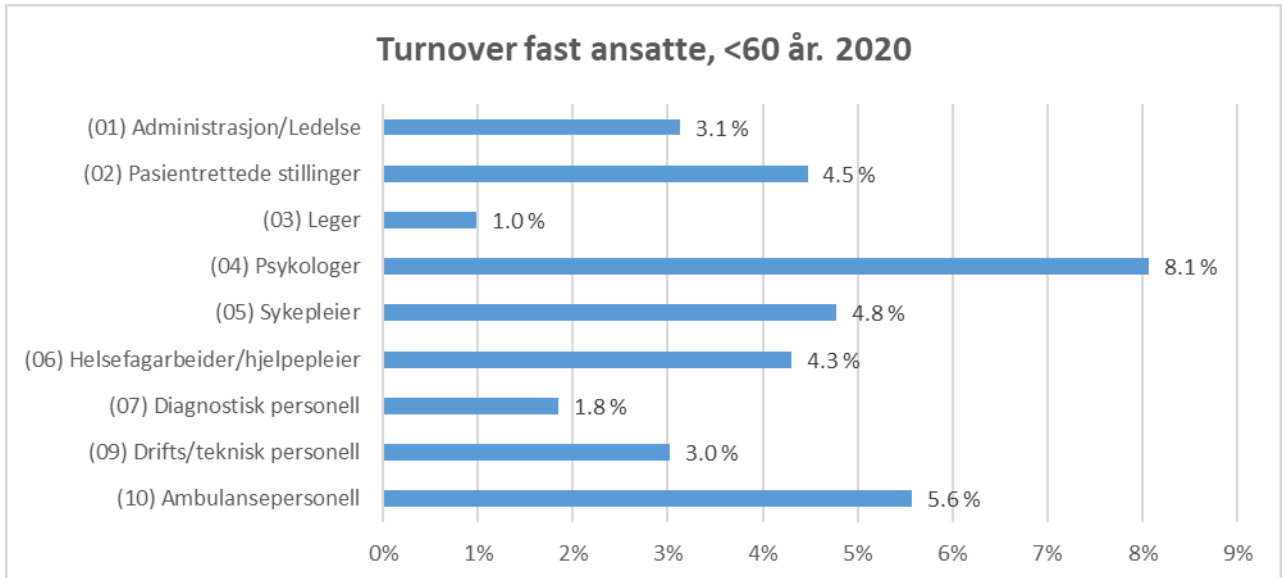


Figur 23: Differanse brutto fraværprosent og netto sykefravær fordelt på yrkesgrupper. 2020

⁶ Brutto fraværprosent inkluderer sykefravær, permisjoner med lønn og ferie

1.4.6 Turnover fast ansatte

Apotekstillinger og forskningsstillinger er utelatt grunnet få ansatte. For fast ansatte under 60 år viser tallene at variasjonen er betydelig mellom yrkesgruppene. Høyest er turnover for psykologer (8.1 prosent). Lavest ligger overleger (eksklusiv LIS, turnusleger og legespesialister) med en turnover på 1.0 prosent.

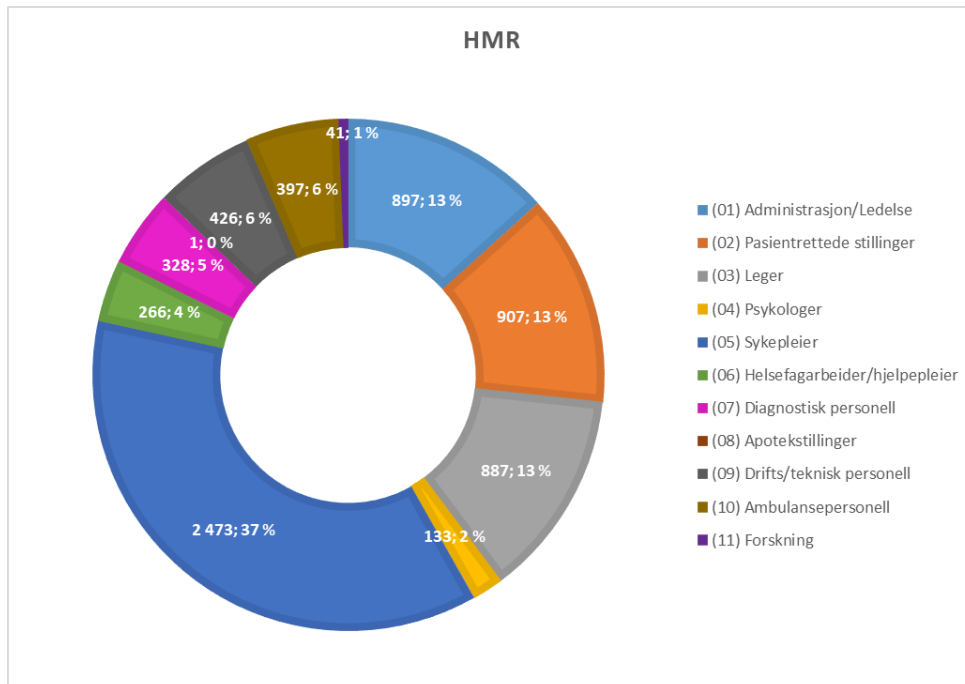


Figur 24: Turnover fast ansatte yngre enn 60 år, fordelt på yrkesgrupper. 2020

1.5 Bemanning ved Helse Møre og Romsdal

1.5.1 Ansatte fordelt på yrkesgrupper 2020

Sykepleiergruppen er den største yrkesgruppen i våre helseforetak. Hos Helse Møre og Romsdal (HMR) utgjør denne 37 prosent av alle ansatte, se Figur 25. Administrasjon, ledelse, IT og drift og teknisk personell utgjør cirka 19 prosent mens resten av personellet er knyttet til pasientrettet arbeid fordelt på ulike yrkesgrupper.



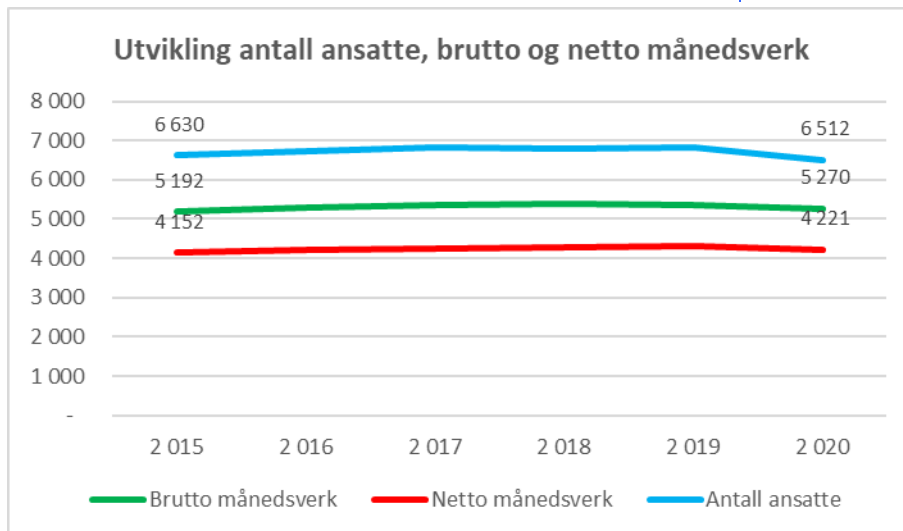
Figur 25: Antall ansatte fordelt på yrkesgrupper. 2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube)

1.5.2 Utvikling antall ansatte, brutto- og netto månedsværk⁷

HMR hadde 6.512 ansatte (inkl. faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger) som sto for 5.270 brutto månedsværk og 4.221 netto månedsværk i 2020. Dette gir en gjennomsnittlig stillingsprosent på 81 og et gjennomsnittlig brutto fravær på 20 prosent for alle ansatte (hvor sykefraværet utgjør 8 prosent). Se Figur 26.

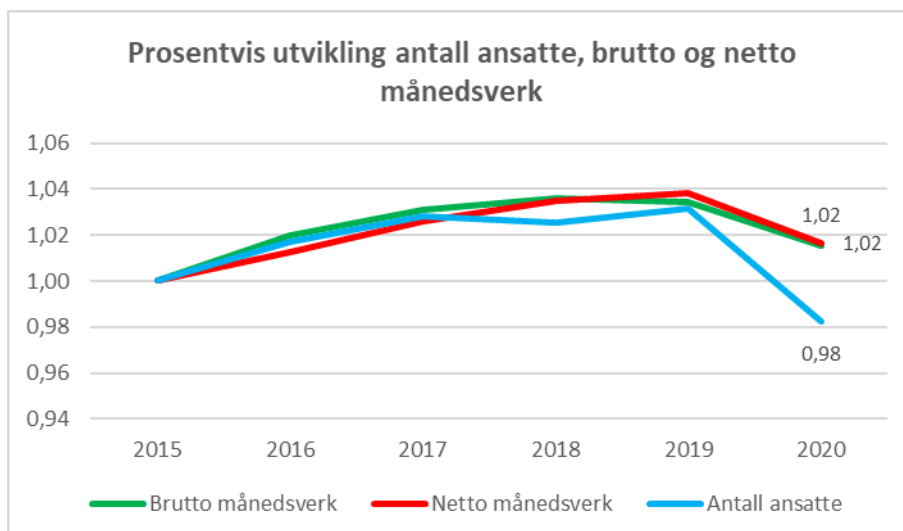
⁷Måltallene antall ansatte, brutto månedsværk og netto månedsværk inkluderer faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger. Innleie er ikke inkludert.

Brutto månedsværk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjon, sykdom og annet fravær og er det samme som det bemanningen koster (tilsvarende antall årsværk). Netto månedsværk er brutto månedsværk minus fravær. Dette viser den faktiske bemanning som er på jobb.



Figur 26: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

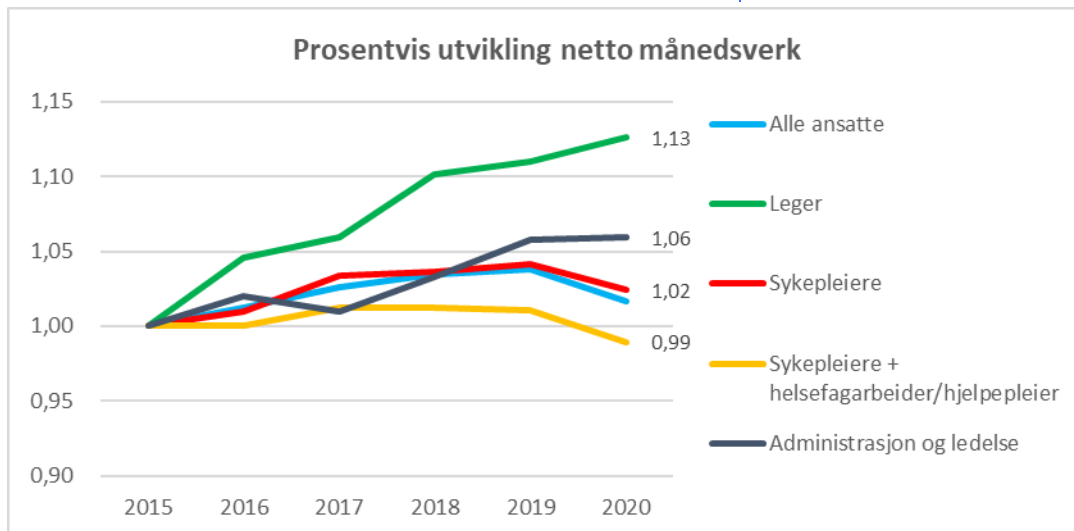
Antall ansatte reduserte med 118 i perioden 2015-2020, tilsvarende 2 prosent. Se Figur 27. For samme periode økte brutto månedsverk med 2 prosent (78 flere) og netto månedsverk økte med 2 prosent (69 flere). Større vekst i brutto månedsverk i forhold til antall ansatte viser en vekst i gjennomsnittlig stillingsprosent. Lik vekst i netto månedsverk i forhold til brutto månedsverk tilsvarer ingen endring i brutto fraværspersent.



Figur 27: Prosentvis utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk (inkludert faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger). 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.5.3 Bemanning – sammensetning og utvikling

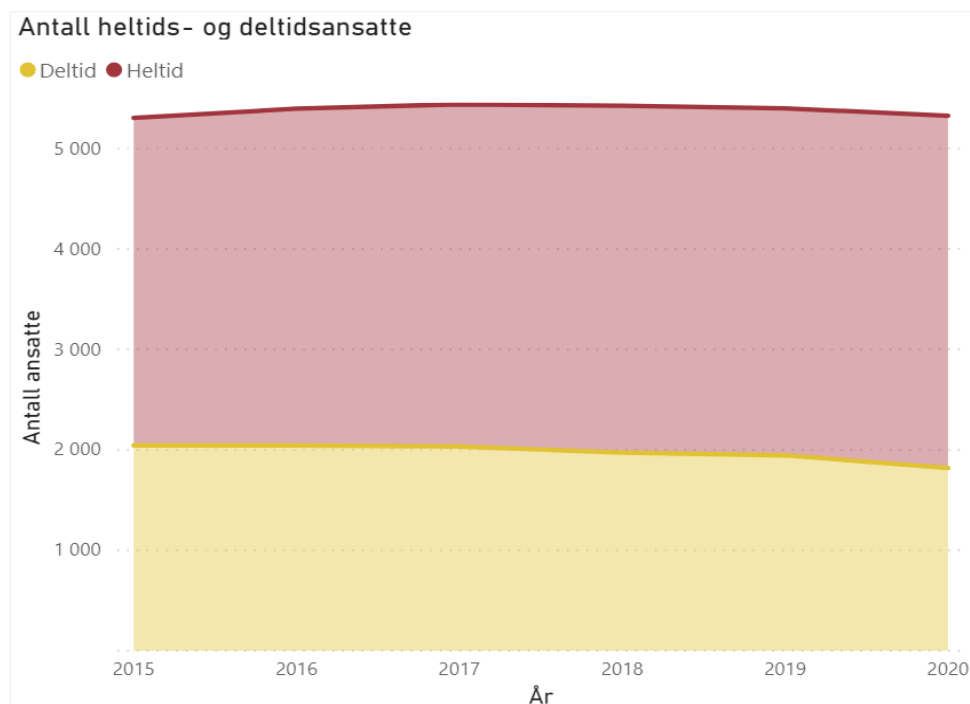
Veksten i netto månedsverk har i perioden 2015 til 2020 variert mellom yrkesgruppene, se Figur 28. Legegruppen har hatt størst vekst med 13 prosent, mens sykepleiergruppen har hatt en vekst på 2 prosent. Helsefagarbeiderer/hjelpepleier er den eneste gruppen som har hatt en nedgang i denne perioden med en reduksjon på 30 prosent.



Figur 28: Utvikling i netto månedsverk for utvalgte yrkesgrupper. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.5.4 Heltids- og deltidsansatte

Stadig flere ansatte jobber heltid i HMR, se Figur 29. Siden 2015 har antall ansatte som jobber heltid økt med 7,5 prosent. Økningen i netto månedsverk utført av ansatte som jobber heltid har økt med 9 prosent. Andelen som jobber deltid har vist en negativ utvikling siden 2015 og er redusert med 11 prosent. Reduksjonen i netto månedsverk utført av ansatte som jobber deltid er redusert med 9 prosent.



Figur 29: Utvikling i antall ansatte som jobber heltid og deltid. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.5.5 Utvikling fravær

Netto sykefraværspersent variere mellom yrkesgruppene, der legegruppen ligger lavest (4 prosent). Sykepleiere og diagnostisk personell ligger høyest (10 prosent) i 2020. Se Tabell 8. Til tross for store variasjoner mellom yrkesgruppene ligger sykefraværet stabilt innen hver yrkesgruppe med små variasjoner, bortsett fra diagnostisk personell som har hatt en gradvis økning. Tilsvarende trend gjelder for brutto fraværspersent, se Tabell 9.

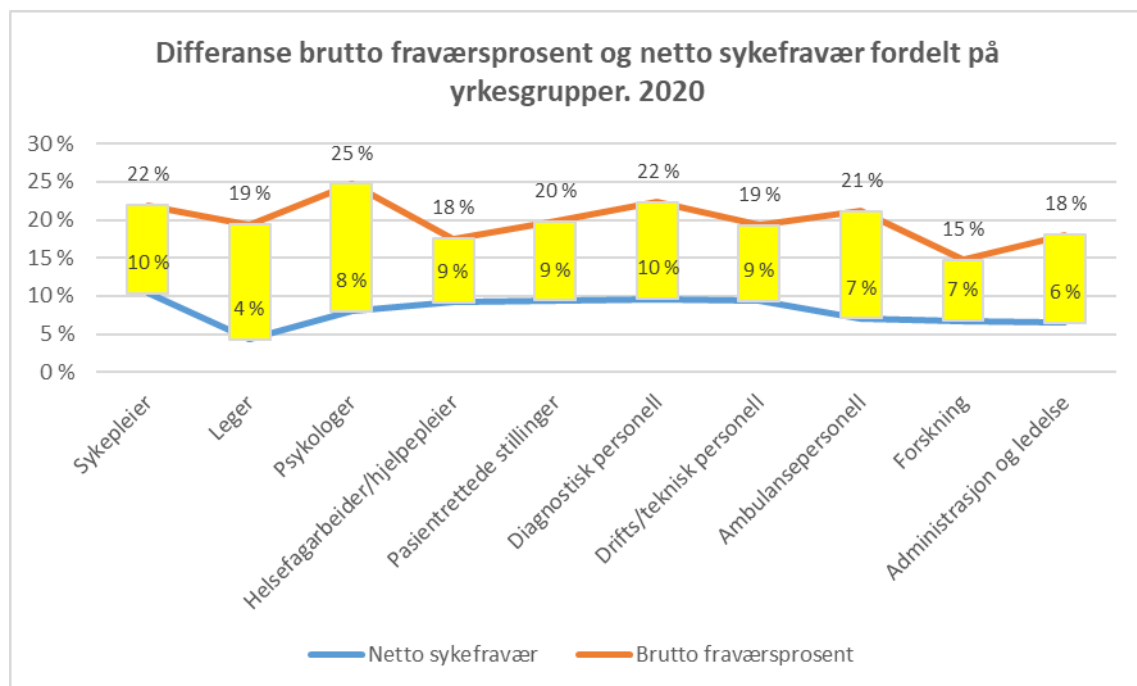
Tabell 8: Utvikling netto sykefravær for perioden 2015-2020 etter yrkesgruppe.

Yrkesgrupper	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sykepleier	9 %	9 %	9 %	10 %	9 %	10 %
Leger	4 %	3 %	3 %	3 %	3 %	4 %
Psykologer	6 %	7 %	6 %	6 %	8 %	8 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	10 %	10 %	11 %	10 %	12 %	9 %
Pasientrettede stillinger	8 %	8 %	9 %	9 %	8 %	9 %
Diagnostisk personell	6 %	8 %	7 %	6 %	7 %	10 %
Drifts/teknisk personell	10 %	10 %	8 %	9 %	9 %	9 %
Ambulansepersonell	7 %	8 %	7 %	7 %	9 %	7 %
Forskning	3 %	7 %	4 %	6 %	5 %	7 %
Administrasjon og ledelse	7 %	7 %	8 %	7 %	7 %	6 %

Tabell 9: Utvikling brutto fraværprosent⁸ (for faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger) for perioden 2015-2020 etter yrkesgruppe.

Yrkesgrupper	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sykepleier	21 %	22 %	21 %	22 %	22 %	22 %
Leger	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	19 %
Psykologer	26 %	25 %	27 %	27 %	28 %	25 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	18 %	19 %	19 %	19 %	21 %	18 %
Pasientrettede stillinger	20 %	20 %	21 %	20 %	19 %	20 %
Diagnostisk personell	21 %	23 %	22 %	20 %	20 %	22 %
Drifts/teknisk personell	20 %	20 %	18 %	19 %	19 %	19 %
Ambulansepersonell	21 %	23 %	21 %	22 %	21 %	21 %
Forskning	15 %	19 %	13 %	16 %	16 %	15 %

Leger (15 prosent) og psykologer (17 prosent) er de yrkesgruppene som har høyest fravær som skyldes permisjoner, se Figur 30.

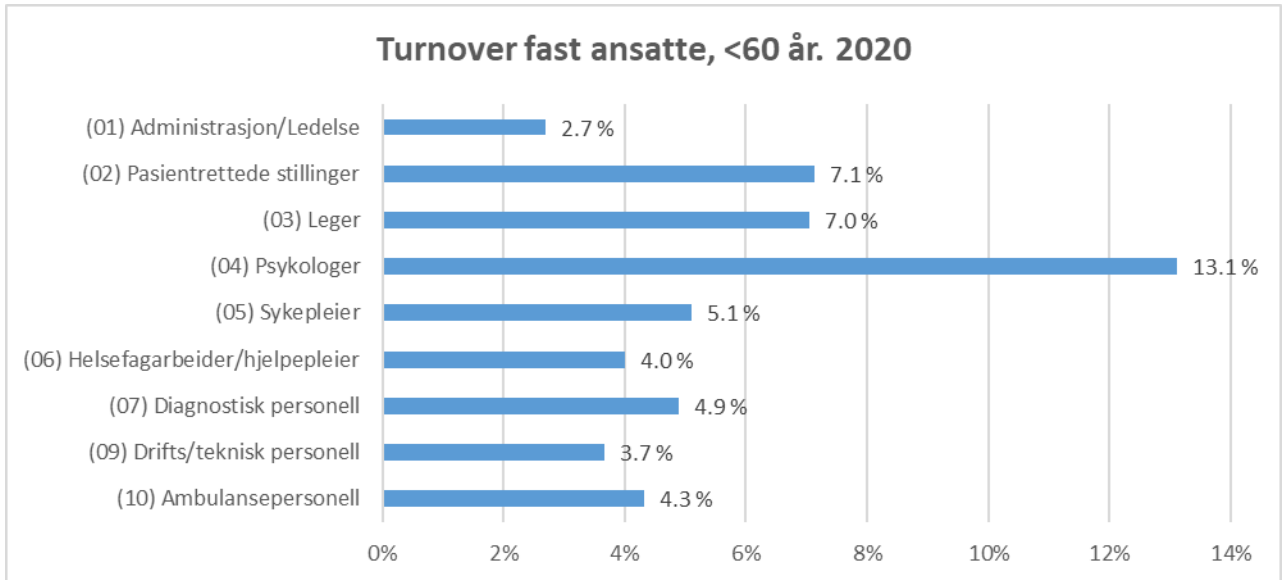


Figur 30: Differanse brutto fraværprosent og netto sykefravær fordelt på yrkesgrupper. 2020

⁸ Brutto fraværprosent inkluderer sykefravær, permisjoner med lønn og ferie

1.5.6 Turnover

Apotekstillinger og forskningsstillinger er utelatt grunnet få ansatte. For fast ansatte under 60 år viser tallene at variasjonen er betydelig mellom yrkesgruppene. Høyest er turnover for psykologer (13.1 prosent). Lavest ligger administrasjon/ledelse med en turnover på 2.7 prosent.

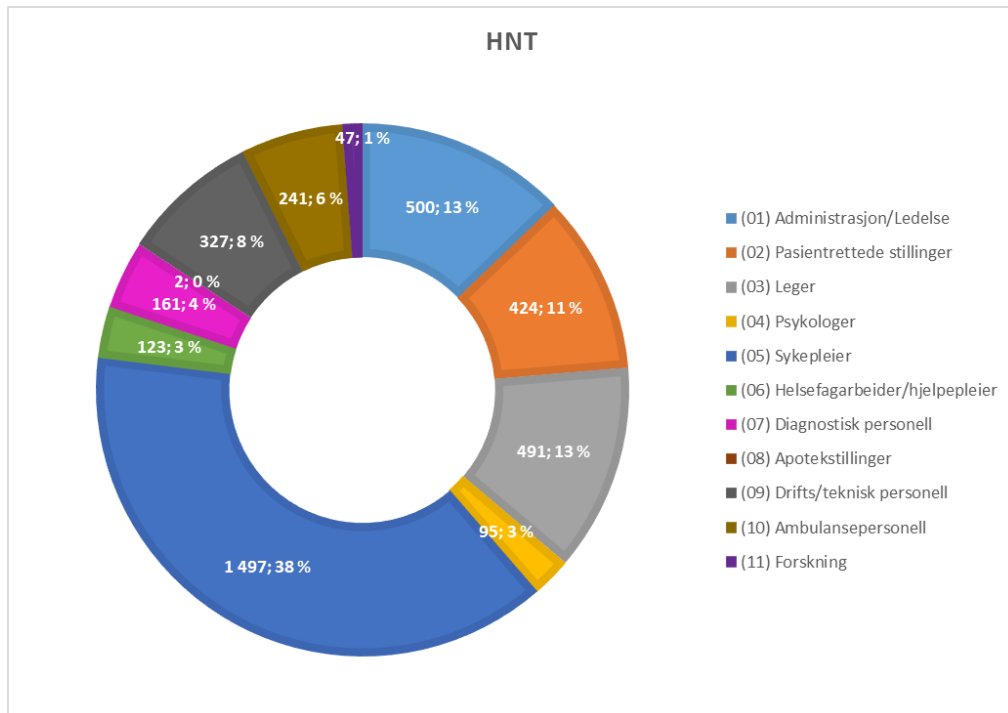


Figur 31: Turnover fast ansatte yngre enn 60 år, fordelt på yrkesgrupper. 2020

1.6 Bemanning ved Helse Nord-Trøndelag

1.6.1 Ansatte fordelt på yrkesgrupper 2020

Sykepleiergruppen er den største yrkesgruppen i våre helseforetak. Hos Helse Nord-Trøndelag (HNT) utgjør denne 38 prosent av alle ansatte, se Figur 32. Administrasjon, ledelse, IT og drift og teknisk personell utgjør cirka 21 prosent mens resten av personellet er knyttet til pasientrettet arbeid fordelt på ulike yrkesgrupper.



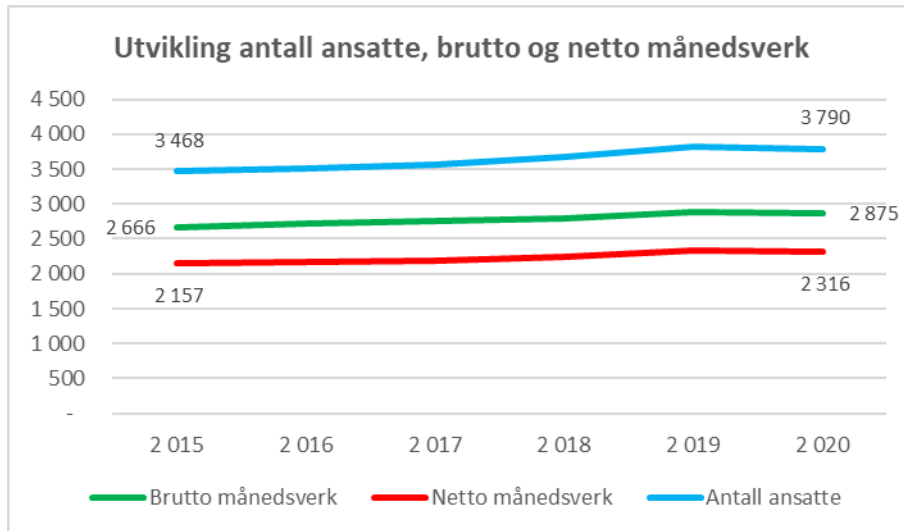
Figur 32: Antall ansatte fordelt på yrkesgrupper. 2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube)

1.6.2 Utvikling antall ansatte, brutto- og netto månedsverk⁹

HNT hadde 3.790 ansatte (inkl. faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger) som sto for 2.875 brutto månedsverk og 2.316 netto månedsverk i 2020. Dette gir en gjennomsnittlig stillingsprosent på 76 og et gjennomsnittlig brutto fravær på 19 prosent for alle ansatte (hvor sykefraværet utgjør 7 prosent). Se Figur 33.

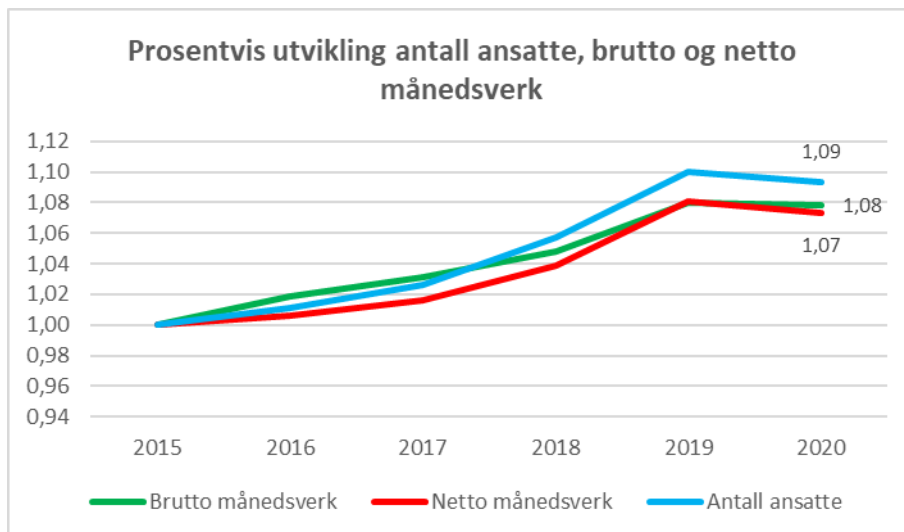
⁹Måltallene antall ansatte, brutto månedsverk og netto månedsverk inkluderer faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger. Innleie er ikke inkludert.

Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjon, sykdom og annet fravær og er det samme som det bemanningen koster (tilsvarende antall årsverk). Netto månedsverk er brutto månedsverk minus fravær. Dette viser den faktiske bemanning som er på jobb.



Figur 33: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

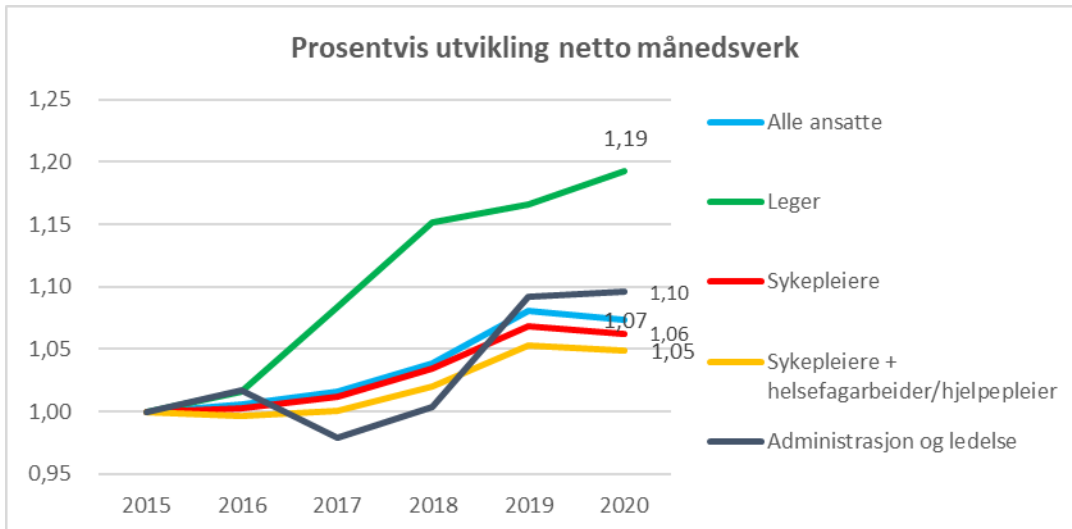
Antall ansatte økte med 322 i perioden 2015-2020, tilsvarende 9 prosent. Se Figur 34. For samme periode økte brutto månedsverk med 8 prosent (208 flere) og netto månedsverk økte med 7 prosent (159 flere). Større vekst i antall ansatte i forhold til brutto månedsverk viser en reduksjon i gjennomsnittlig stillingsprosent. Større vekst i brutto månedsverk i forhold til netto månedsverk viser en økning i brutto fraværspersent.



Figur 34: Prosentvis utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk (inkludert faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger). 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.6.3 Bemanning – sammensetning og utvikling

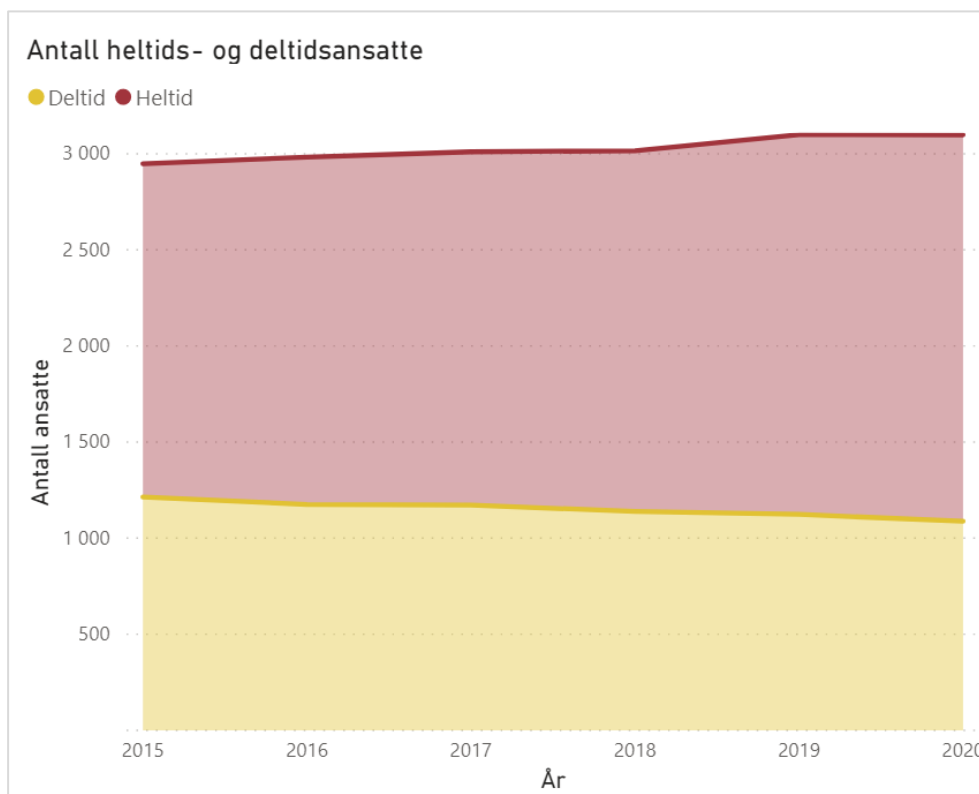
Veksten i netto månedsverk har i perioden 2015 til 2020 variert mellom yrkesgruppene, se Figur 35. Legegruppen har hatt størst vekst med 19 prosent, mens sykepleiergruppen har hatt en vekst på 5 prosent. Helsefagarbeiderer/hjelpepleier er den eneste gruppen som har hatt en nedgang i denne perioden med en reduksjon på 12 prosent.



Figur 35: Utvikling i netto månedsverk for utvalgte yrkesgrupper. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.6.4 Heltids- og deltidsansatte

Stadig flere ansatte jobber heltid i HNT se Figur 36. Siden 2015 har antall ansatte som jobber heltid økt med 16 prosent. Økningen i netto månedsverk utført av ansatte som jobber heltid har økt med 17 prosent. Andelen som jobber deltid har vist en svak negativ utvikling siden 2015 og er redusert med 11 prosent. Reduksjonen i netto månedsverk utført av ansatte som jobber deltid er redusert med 11 prosent.



Figur 36: Utvikling i antall ansatte som jobber heltid og deltid. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.6.5 Utvikling fravær

Netto sykefraværspersent variere mellom yrkesgruppene, der legegruppen ligger lavest (4 prosent) og helsefagarbeider/hjelpepleier ligger høyest (14 prosent) i 2020. Se Tabell 10. Til tross for store variasjoner

mellem yrkesgruppene ligger sykefraværet stabilt innen hver yrkesgruppe med små variasjoner bortsett fra helsefagarbeidere/hjelpepleier som er redusert fra 14 til 9 prosent. Tilsvarende trend gjelder for brutto fraværsprosent, se Tabell 11.

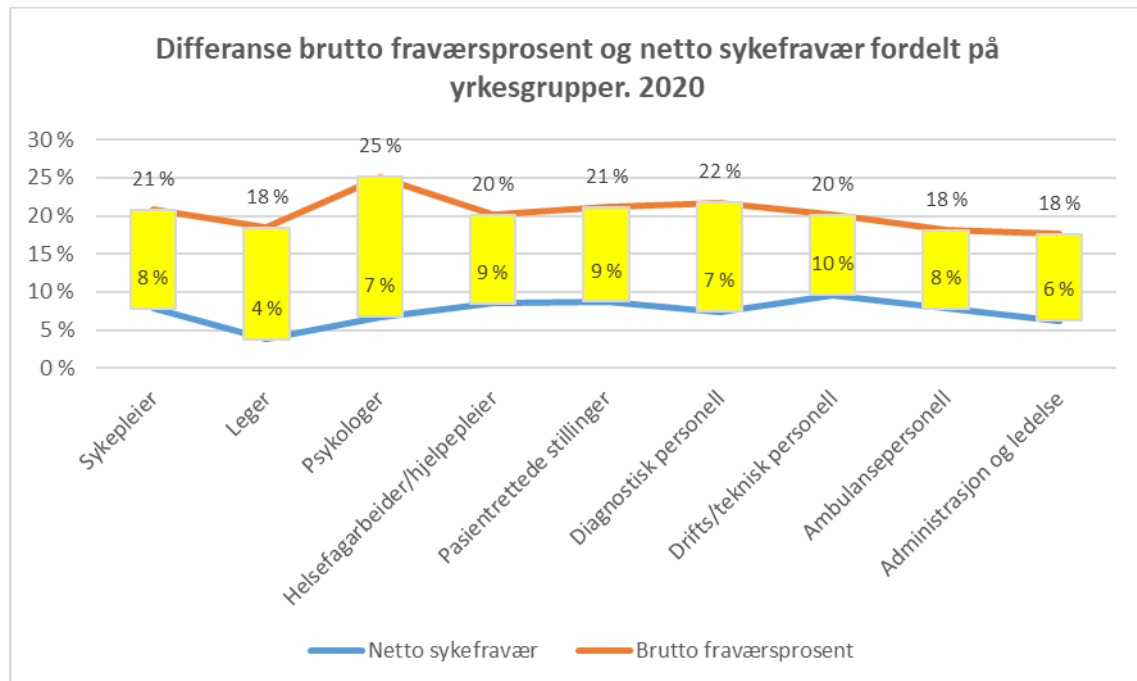
Tabell 10: Utvikling netto sykefravær for perioden 2015-2020 etter yrkesgruppe.

Yrkesgrupper	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sykepleier	7 %	8 %	8 %	9 %	8 %	8 %
Leger	5 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %
Psykologer	6 %	7 %	10 %	7 %	9 %	7 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	14 %	12 %	12 %	11 %	10 %	9 %
Pasientrettede stillinger	8 %	8 %	7 %	8 %	8 %	9 %
Diagnostisk personell	7 %	8 %	7 %	8 %	7 %	7 %
Drifts/teknisk personell	9 %	11 %	11 %	10 %	10 %	10 %
Ambulansepersonell	7 %	8 %	9 %	7 %	8 %	8 %
Administrasjon og ledelse	7 %	9 %	8 %	8 %	5 %	6 %

Tabell 11: Utvikling brutto fraværsprosent¹⁰ (for faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger) for perioden 2015-2020 etter yrkesgruppe.

Yrkesgrupper	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sykepleier	19 %	20 %	20 %	20 %	20 %	21 %
Leger	20 %	19 %	19 %	18 %	19 %	18 %
Psykologer	24 %	22 %	25 %	26 %	23 %	25 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	23 %	21 %	22 %	20 %	20 %	20 %
Pasientrettede stillinger	20 %	20 %	19 %	20 %	20 %	21 %
Diagnostisk personell	22 %	24 %	23 %	24 %	23 %	22 %
Drifts/teknisk personell	19 %	20 %	22 %	20 %	20 %	20 %
Ambulansepersonell	19 %	19 %	21 %	19 %	18 %	18 %

Psykologer (18 prosent) og leger (15 prosent) er de yrkesgruppene som har høyest fravær som skyldes permisjoner, se Figur 37.

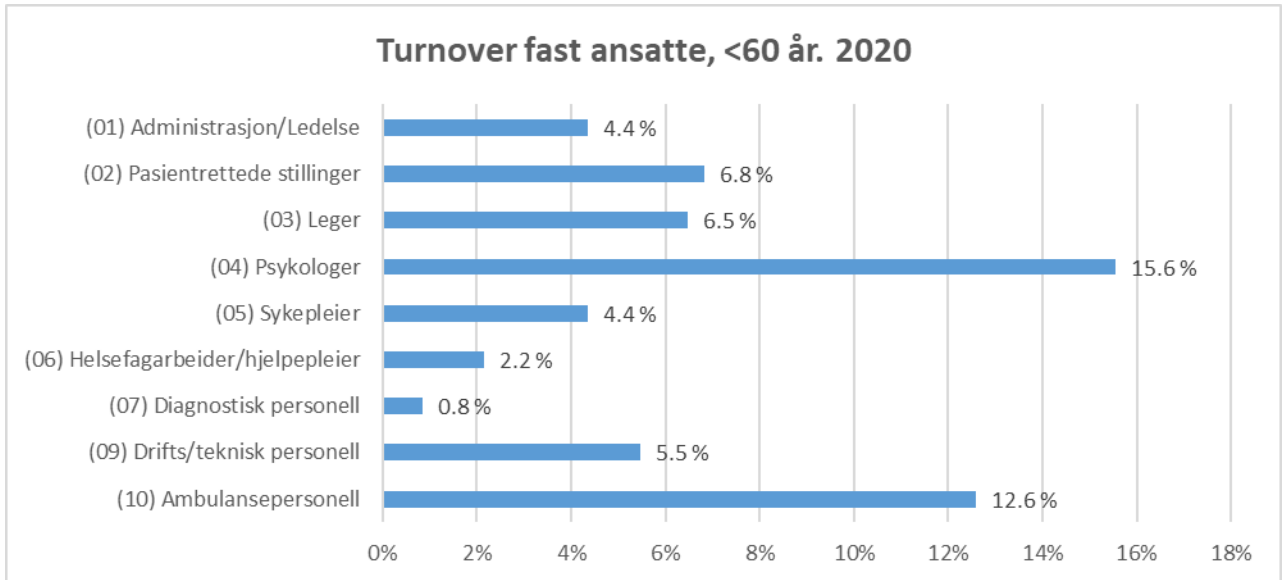


Figur 37: Differanse brutto fraværsprosent og netto sykefravær fordelt på yrkesgrupper. 2020

¹⁰ Brutto fraværsprosent inkluderer sykefravær, permisjoner med lønn og ferie

1.6.6 Turnover

Apotekstillinger og forskningsstillinger er utelatt grunnet få ansatte. For fast ansatte under 60 år viser tallene at variasjonen er betydelig mellom yrkesgruppene. Høyest er turnover for psykologer (15.6 prosent). Lavest ligger diagnostisk personell med en turnover på 0.8 prosent.

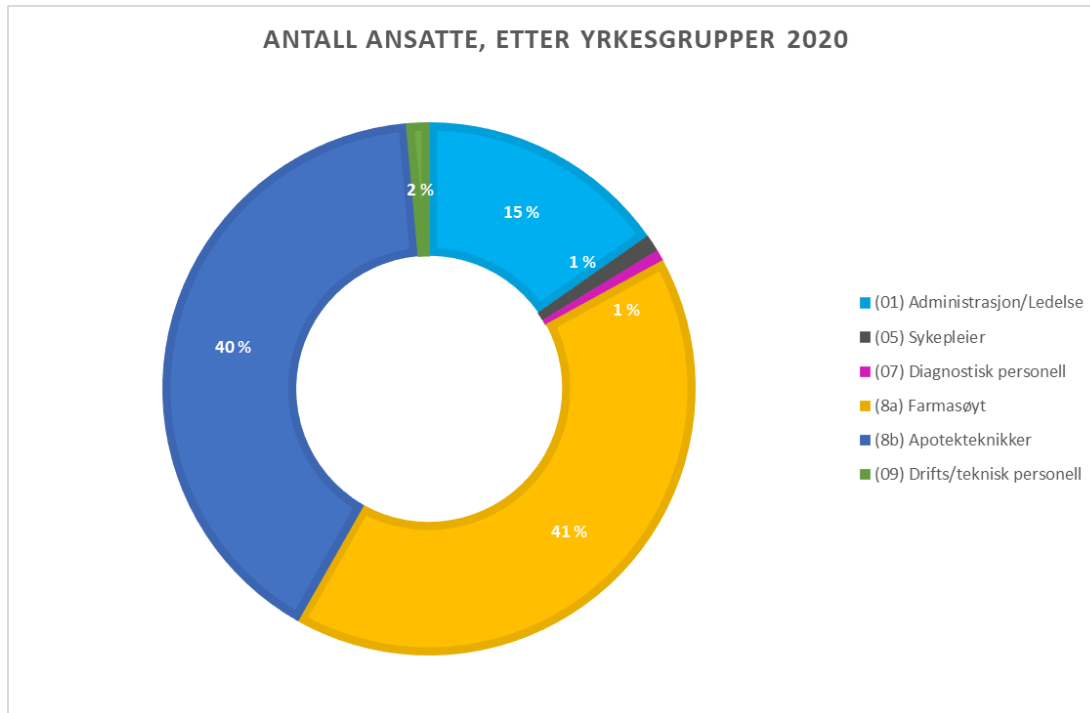


Figur 38: Turnover fast ansatte yngre enn 60 år, fordelt på yrkesgrupper. 2020

1.7 Bemanning ved Sykehusapotekene i Midt-Norge

1.7.1 Ansatte fordelt på yrkesgrupper 2020

Farmasøyter er den største yrkesgruppen i Sykehusapotekene (APO) og utgjør 41 prosent av alle ansatte, se Figur 39. Apotekteknikere utgjør 40 prosent, mens resten består stort sett av administrasjon/ledelse.



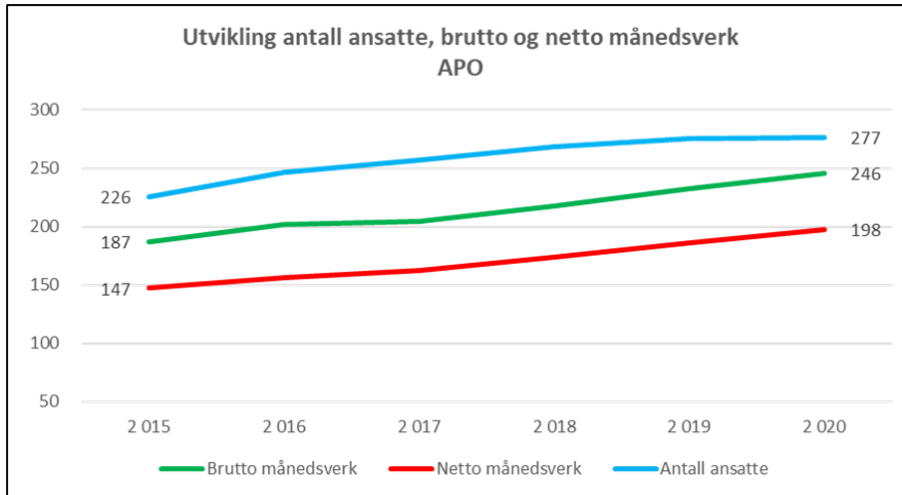
Figur 39: Antall ansatte fordelt på yrkesgrupper. 2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube)

1.7.2 Utvikling antall ansatte, brutto- og netto månedsverk¹¹

APO hadde 277 ansatte (inkl. faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger) som sto for 246 brutto månedsverk og 198 netto månedsverk i 2020. Dette gir en gjennomsnittlig stillingsprosent på 88 og et gjennomsnittlig brutto fravær på 20 prosent for alle ansatte (hvor sykefraværet utgjør 6 prosent). Se Figur 40.

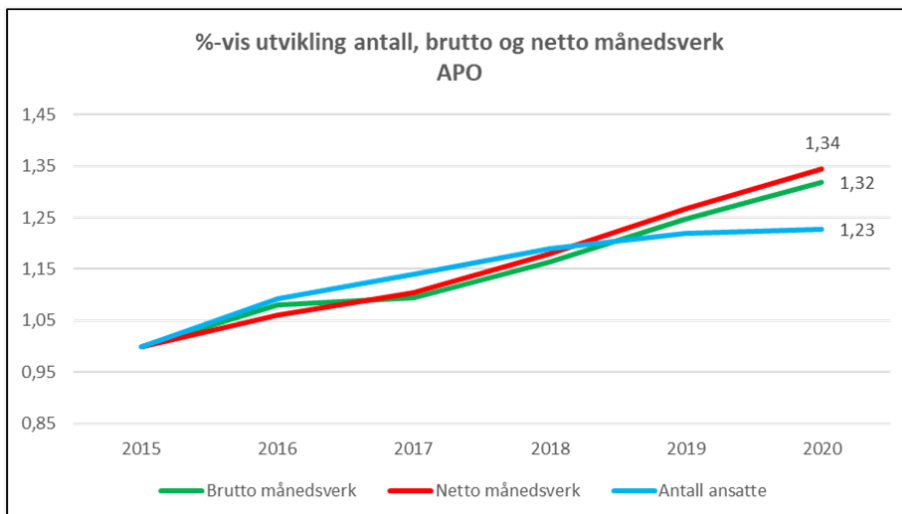
¹¹Måltallene antall ansatte, brutto månedsverk og netto månedsverk inkluderer faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger. Innleie er ikke inkludert.

Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjon, sykdom og annet fravær og er det samme som det bemanningen koster (tilsvarende antall årsverk). Netto månedsverk er brutto månedsverk minus fravær. Dette viser den faktiske bemanning som er på jobb.



Figur 40: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

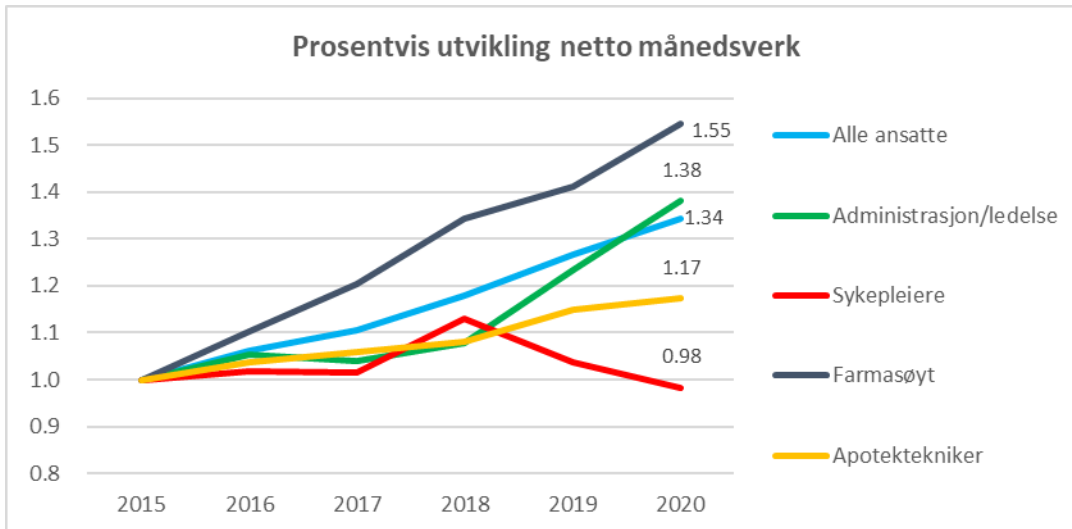
Antall ansatte økte med 51 i perioden 2015-2020, tilsvarende 23 prosent. Se Figur 41. For samme periode økte brutto månedsverk med 32 prosent (59 flere) og netto månedsverk økte med 34 prosent (51 flere). Større vekst i brutto månedsverk i forhold til antall ansatte viser en vekst i gjennomsnittlig stillingsprosent. Større vekst i netto månedsverk i forhold til brutto månedsverk viser en reduksjon i brutto fraværspersent.



Figur 41: Prosentvis utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk (inkludert faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger). 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.7.3 Bemanning – sammensetning og utvikling

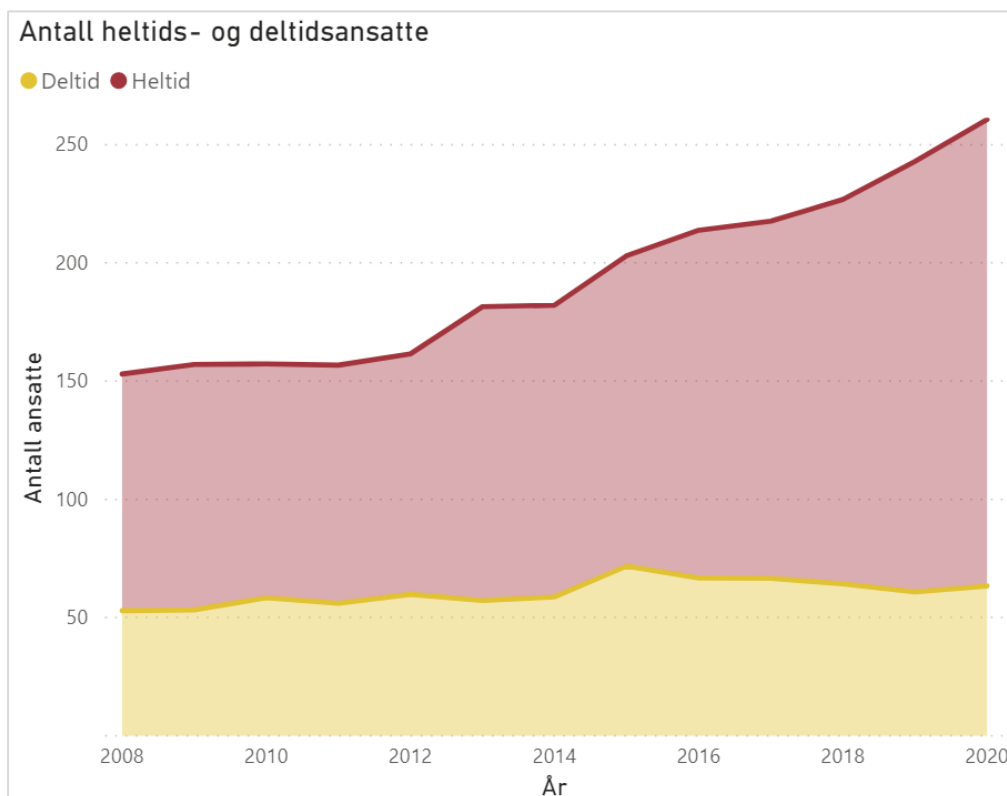
Veksten i netto månedsverk har i perioden 2015 til 2020 variert mellom yrkesgruppene, se Figur 42. Drifts/teknisk personell og diagnostisk personell er utelatt grunnet få ansatte. Farmasøyter har hatt størst vekst med 55 prosent, mens sykepleiere har hatt en reduksjon på 2 prosent.



Figur 42: Utvikling i netto månedsverk for utvalgte yrkesgrupper. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.7.4 Heltids- og deltidsansatte

Stadig flere ansatte jobber heltid ved APO, se Figur 43. Siden 2015 har antall ansatte som jobber heltid økt med 50 prosent. Økningen i netto månedsverk utført av ansatte som jobber heltid har økt med 58 prosent. Andelen som jobber deltid har vist en negativ utvikling siden 2015 og er redusert med 12.5 prosent. Reduksjonen i netto månedsverk utført av ansatte som jobber deltid er redusert med 3 prosent.



Figur 43: Utvikling i antall ansatte som jobber heltid og deltid. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

1.7.5 Utvikling fravær

Netto sykefraværspersent variere mellom yrkesgruppene, der administrasjon/ledelse ligger lavest (2 prosent) og apotektekniker ligger høyest (8 prosent) i 2020, se Tabell 12. Drifts/teknisk personell og diagnostisk

personell er utelatt grunnet få ansatte. Til tross for større variasjoner mellom yrkesgruppene ligger sykefraværet relativt stabilt for de to store yrkesgruppene; farmasøyter og apotekteknikere. Sykepleiere har hatt en økning, mens administrasjon/ledelse har hatt en nedgang. Tilsvarende trend gjelder for brutto fraværsprosent, se Tabell 13.

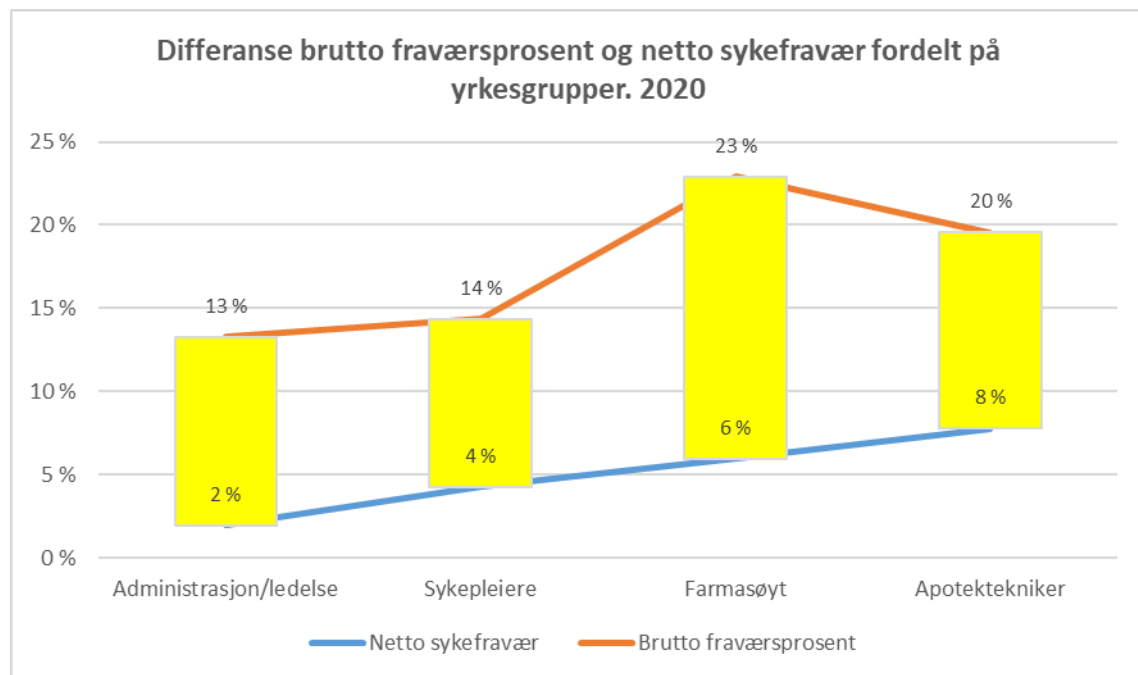
Tabell 12: Utvikling netto sykefravær for perioden 2015-2020 etter yrkesgruppe.

Yrkesgrupper	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Administrasjon/ledelse	4 %	5 %	5 %	5 %	3 %	2 %
Sykepleiere	1 %	1 %	1 %	2 %	5 %	4 %
Farmasøyt	6 %	6 %	5 %	5 %	5 %	6 %
Apotektekniker	9 %	9 %	9 %	9 %	8 %	8 %

Tabell 13: Utvikling brutto fraværsprosent¹² (for faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger) for perioden 2015-2020 etter yrkesgruppe.

Yrkesgrupper	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Administrasjon/ledelse	18 %	20 %	18 %	18 %	17 %	13 %
Sykepleiere	13 %	11 %	11 %	13 %	16 %	14 %
Farmasøyt	24 %	25 %	21 %	21 %	22 %	23 %
Apotektekniker	21 %	21 %	21 %	20 %	20 %	20 %

Farmasøyter (17 prosent) er den yrkesgruppen som har høyest fravær som skyldes permisjoner, se Figur 44.

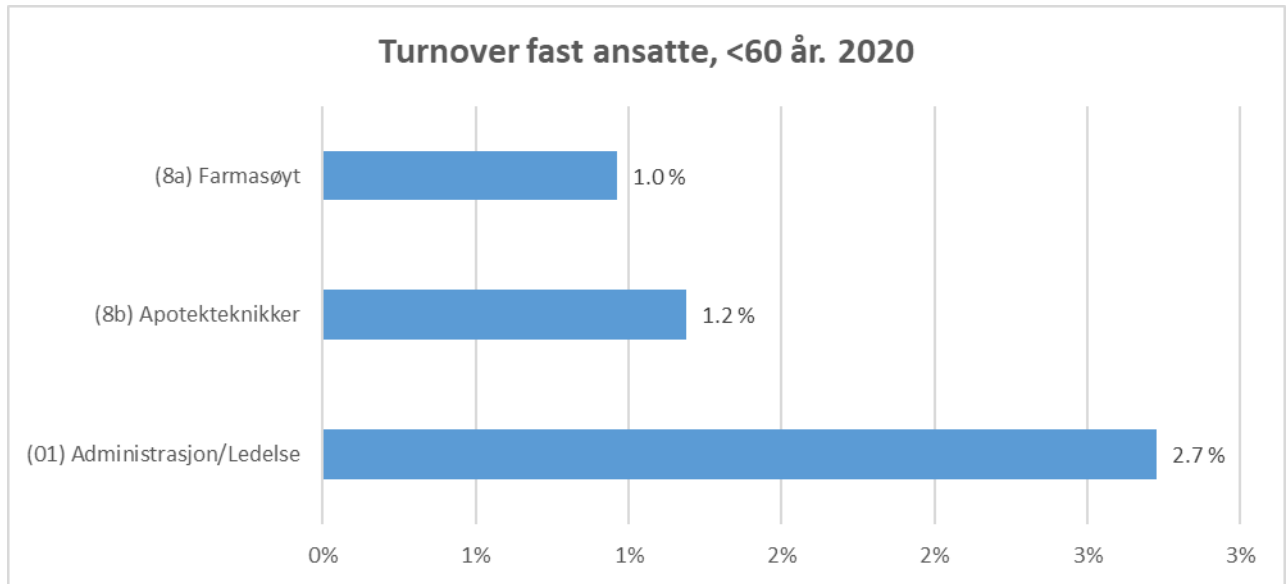


Figur 44: Differanse brutto fraværsprosent og netto sykefravær fordelt på yrkesgrupper. 2020

1.7.6 Turnover

Kun farmasøyter, apotekteknikere og administrasjon/ledelse er inkludert. For fast ansatte under 60 år viser tallene at turnover er generelt lav hos APO. Høyest er turnover for administrasjon/ledelse (2.7 prosent). Lavest ligger farmasøyter med en turnover på 1.0 prosent.

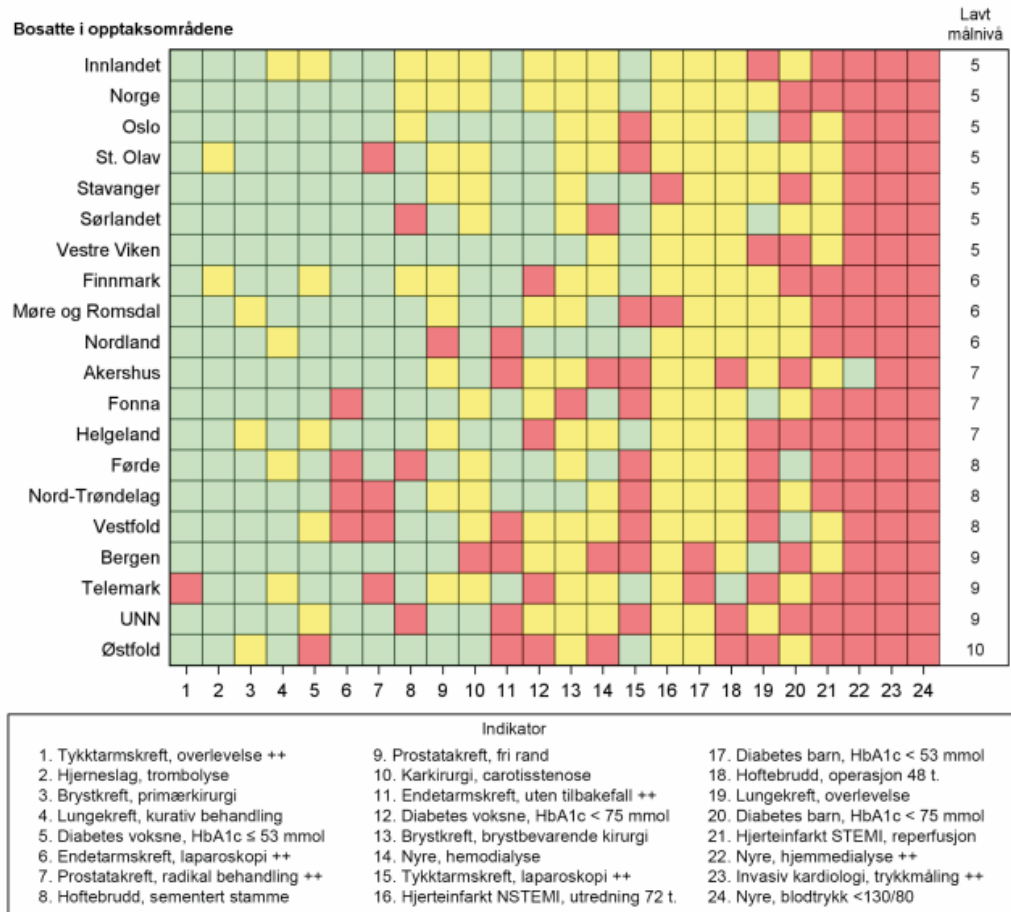
¹² Brutto fraværsprosent inkluderer sykefravær, permisjoner med lønn og ferie



Figur 45: Turnover fast ansatte yngre enn 60 år, fordelt på yrkesgrupper. 2020

1.8 Kvalitet

En aktuell kilde til godt kvalitetssikrede oversikter, basert på data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre er Helseatlas for kvalitet (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), 2021)¹³. Overordnet status, og sammenligning mellom HF-bostedsområder, fra Helseatlas kvalitet er oppsummert i Figur 46.



Kilde: Nasjonale medisinske kvalitetsregistre/FHI/SSB

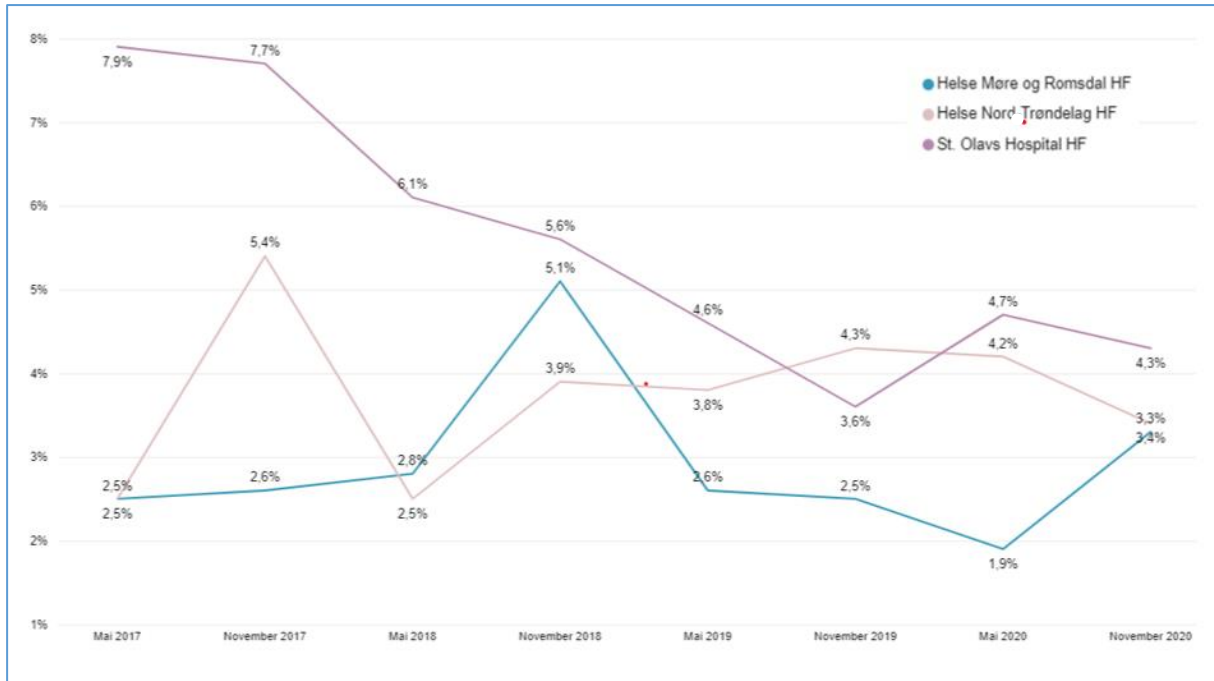


Figur 46 Samlet oversikt over kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, per opptaksområde. Høy, moderat og lav måloppnåelse er markert med henholdsvis grønn, gul og rød farge. Gjennomsnittlig resultat for perioden 2017–2019. ++ er indikatorer som har kun to målnivåer. Tallene til høyre for figuren viser antall indikatorer med lav måloppnåelse.

For mer detaljer og lokale analyser, se <https://helseatlas.no/sites/default/files/kvalitetsatlas.pdf>

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) er infeksjoner som skyldes opphold eller behandling i en helseinstitusjon. *Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus* er en kvalitetsindikator som måler andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på norske sykehus på et gitt tidspunkt. Indikatoren er basert på prevalensundersøkelsene av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus (NOIS-PIAH), som utføres på én bestemt dag to ganger i året (mai og november). Den må derfor tolkes med forsiktighet, spesielt for mindre enheter.

¹³ SKDE (2021): Helseatlas for kvalitet. En beskrivelse av kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester for årene 2017-2019.



Figur 47 Utvikling i andel helsetjenesteassosierte infeksjoner (sykehusinfeksjoner) blant pasienter på norske sykehus på et gitt tidspunkt, 2017-2020, helseforetakene i Midt-Norge. (Kilde: Helsedirektoratet)

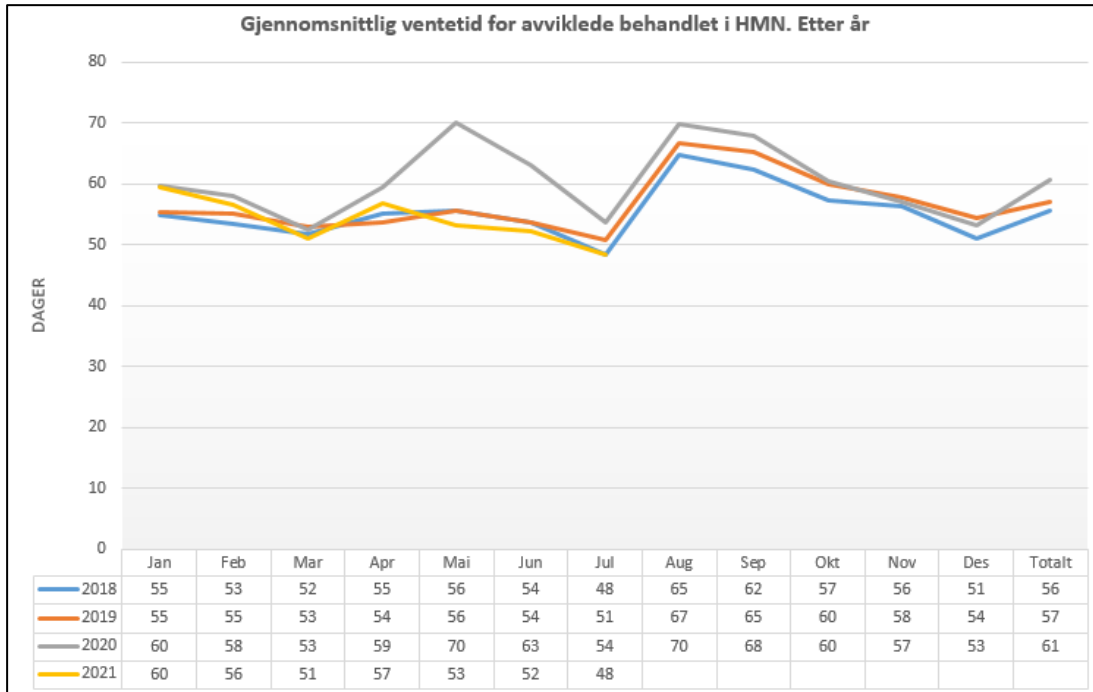
For mer detaljer og analyser, se:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/infeksjoner/forekomst-av-helsetjenesteassosierte-infeksjoner-i-sykehus>

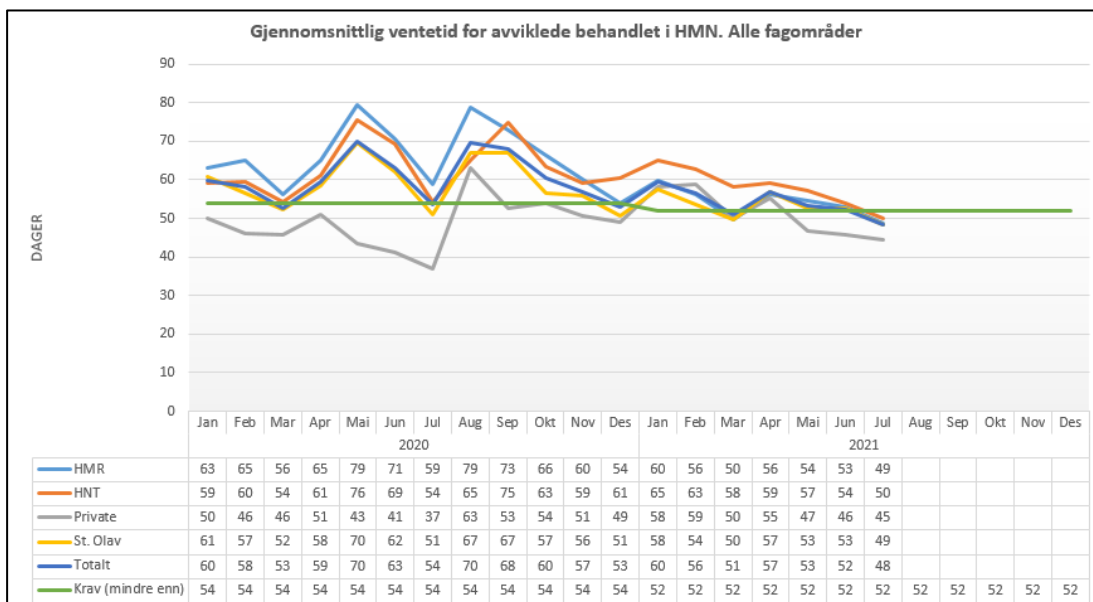
De halvårlige målingene til NOIS-PIAH er obligatorisk. I tillegg undersøkes prevalens av fire typer helsetjenesteassosierte infeksjoner (urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, infeksjon i operasjonssåret og blodbanefeksjon) ved lokal prevalensundersøkelse hvert kvartal, og registreres i MRS-PIAH (felles register for helseforetakene i Midt-Norge).

1.8.1 Ventetider og fristbrudd

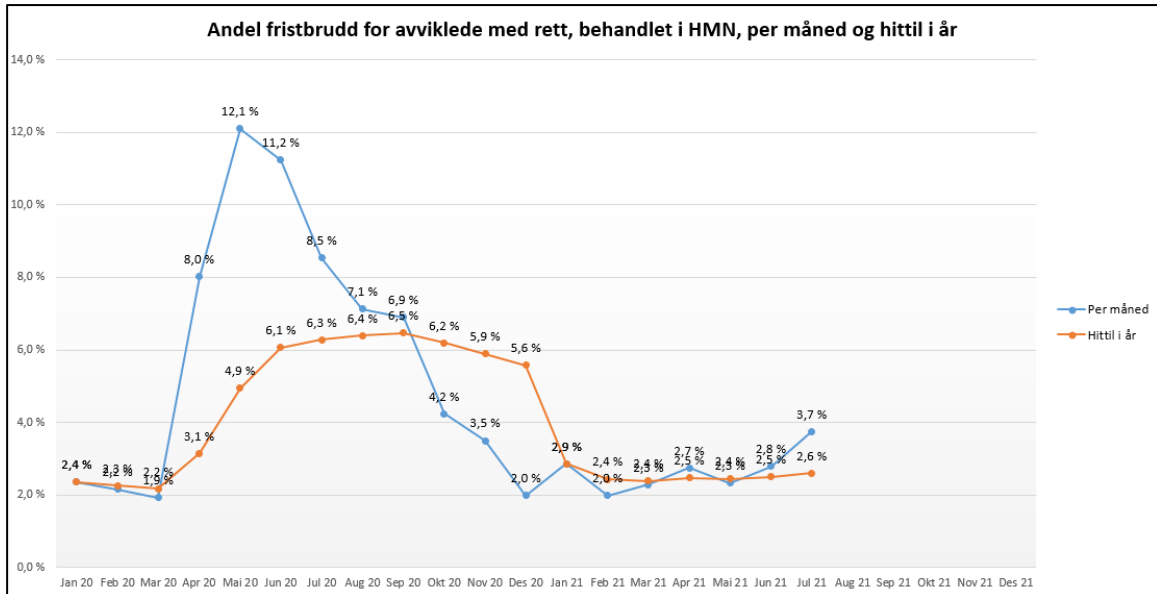
Tilgjengeliggjøring av helsetjenester innen frist og uten unødvendig lang venting har vært et viktig helsepolitisk mål over flere tiår. Oversiktene under viser trender samt status for ventetider og fristbrudd i Helse Midt-Norge.



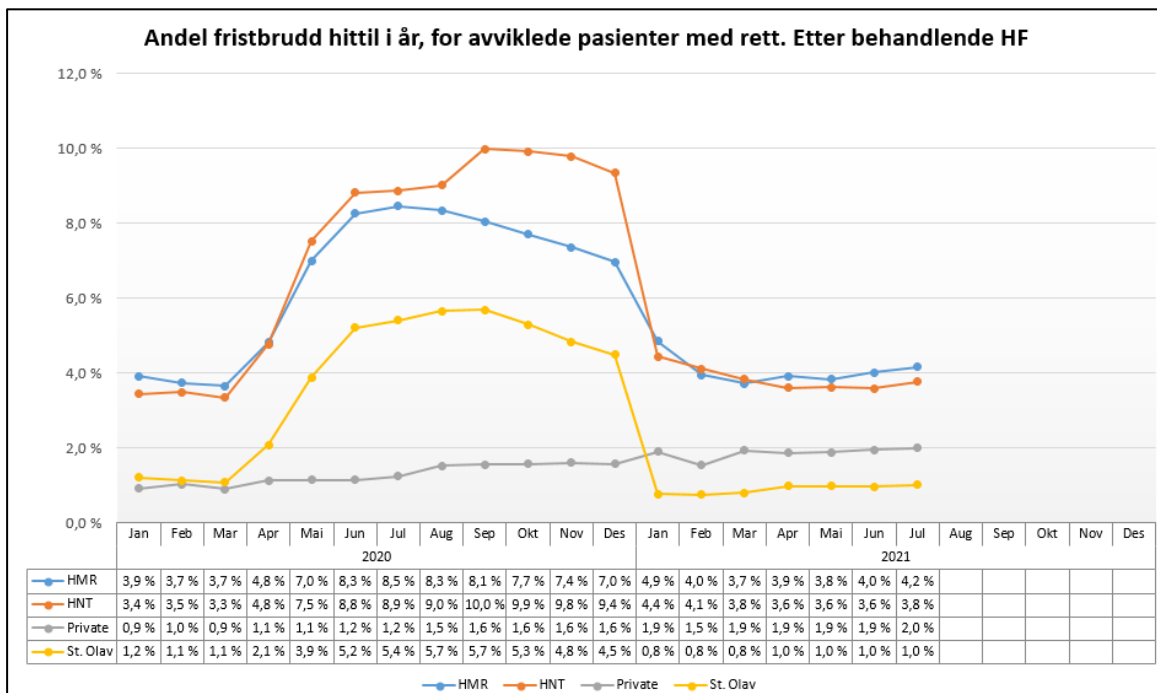
Figur 48 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviket fra venteliste i Helse Midt-Norge, 2018-juli 2021 (Datakilde: NPR)



Figur 49 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviket fra venteliste i Helse Midt-Norge, pr HF 2020-juli 2021 (Datakilde: NPR)



Figur 50 Andel fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge, 2020-juli 2021 (Datakilde: NPR)



Figur 51 Andel fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste pr HF i Helse Midt-Norge, 2020-juli 2021 (Datakilde: NPR)

For mer detaljerte oversikter, se:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter>

http://rapporter/reports/report/Regionale%20Rapporter%20Helse%20Midt-Norge/Klinisk/Fristbrudd/GjSnittlig%20Ventetid%20Ventende_Graf

[http://rapporter/reports/powerbi/St.%20Olavs%20Hospital/Klinisk/Venteliste%20NPR%20HMN%20\(DVG\)_utviklingsmodell](http://rapporter/reports/powerbi/St.%20Olavs%20Hospital/Klinisk/Venteliste%20NPR%20HMN%20(DVG)_utviklingsmodell)

I tillegg til å følge med på tilgjengeligheten av helsetjenester til nyhenviste pasienter, slik ventetids- og fristbruddstatistikken understøtter, er det også av betydning å følge med på situasjonen for

forløpspatientene, som utgjør den største delen av pasientpopulasjonen. Indikatoren «passert planlagt tid» måler hvorvidt alle planlagte pasientkontakter blir gjennomført innen planlagt tid.

HF	Ikke passert tentativ tid, totalt HMN	Passert tentativ tid, totalt HMN	Andel passert tentativ tid, HMN
STO	122 669	8 381	6,40 %
HMR	74 261	10 905	12,80 %
HNT	49 021	5 343	9,83 %
Totalsum	245 951	24 629	9,10 %

Figur 52 Antall og andel planlagte pasientkontakter der planlagt dato for avtalen er overskredet, pr HF i Helse Midt-Norge, mai 2021

For mer detaljerte oversikter, trender og sammenligning med andre regioner og HF, se: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten/passert-planlagt-tid>

https://bi.helse-midt.no/StOlav/_layouts/15/xlviewer.aspx?id=/StOlav/PowerPivot-galleri/Avtalebrudd/DVG%20forl%C3%B8p%20til%20HOD%20regional%20modell%2020210601.xlsx&Source=https%3A%2F%2Fbi%2Ehelse%2Dmidt%2E%2FStOlav%2FPowerPivot%2Dgalleri%2FForms%2FAllItems%2Easpx%3FView%3D%7B2c225e6e%2Dd32e%2D4500%2D9400%2Ddade7a8cded7%7D%26RootFolder%3D%252FStOlav%252FPowerPivot%252Dgalleri%252FAvtalebrudd%26SortField%3DModified%26SortDir%3DDesc

1.9 Telefon- og videokonsultasjoner

Aktuelle indikatorer er:

- Antall telefonkonsultasjoner og antall videokonsultasjoner
- Andel telefonkonsultasjoner, andel videokonsultasjoner og andel telefon- og videokonsultasjoner samlet som andel av alle polikliniske konsultasjoner

Tabellene under viser indikatorene for hhv. 1. tertial 2021 og 2020¹⁴:

Tabell 14: Antall telefon- og videokonsultasjoner samt samlet antall polikliniske konsultasjoner HF-ene i Helse Midt-Norge og Helse Midt-Norge totalt, 1. tertial 2021

Nivå1	Antall telefonkonsultasjoner	Antall videokonsultasjoner	Antall SHO poliklinikk
⊕ HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	17 938	8 964	208 655
⊕ HELSE NORD-TRØNDELAG HF	8 394	4 731	92 420
⊕ ST. OLAVS HOSPITAL HF	36 290	28 938	293 644
Totalt	62 622	42 633	594 719

Tabell 15: Antall telefon- og videokonsultasjoner samt samlet antall polikliniske konsultasjoner HF-ene i Helse Midt-Norge og Helse Midt-Norge totalt, 1. tertial 2020

Nivå1	Antall telefonkonsultasjoner	Antall videokonsultasjoner	Antall SHO poliklinikk
⊕ HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	38 273	14 110	424 252
⊕ HELSE NORD-TRØNDELAG HF	18 646	6 153	194 519
⊕ ST. OLAVS HOSPITAL HF	81 065	36 880	611 850
⊕ Ukjent nivå	29	7	20 840
Totalt	138 013	57 150	1 251 461

Tabell 16: Andel telefon- og videokonsultasjoner hver for seg og samlet pr HF i Helse Midt-Norge og for Helse Midt-Norge totalt, 1. tertial 2021

Nivå1	Andel telefonkonsultasjon	Andel videokonsultasjon	Andel video- og telefonkonsultasjon
⊕ HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	8,6 %	4,3 %	12,89 %
⊕ HELSE NORD-TRØNDELAG HF	9,1 %	5,1 %	14,20 %
⊕ ST. OLAVS HOSPITAL HF	12,4 %	9,9 %	22,21 %
Totalt	10,5 %	7,2 %	17,70 %

Tabell 17: Andel telefon- og videokonsultasjoner hver for seg og samlet pr HF i Helse Midt-Norge og for Helse Midt-Norge totalt, 1. tertial 2020

Nivå1	Andel telefonkonsultasjon	Andel videokonsultasjon	Andel video- og telefonkonsultasjon
⊕ HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	9,0 %	3,3 %	12,35 %
⊕ HELSE NORD-TRØNDELAG HF	9,6 %	3,2 %	12,75 %
⊕ ST. OLAVS HOSPITAL HF	13,2 %	6,0 %	19,28 %
⊕ Ukjent nivå	0,1 %	0,0 %	0,17 %
Totalt	11,0 %	4,6 %	15,59 %

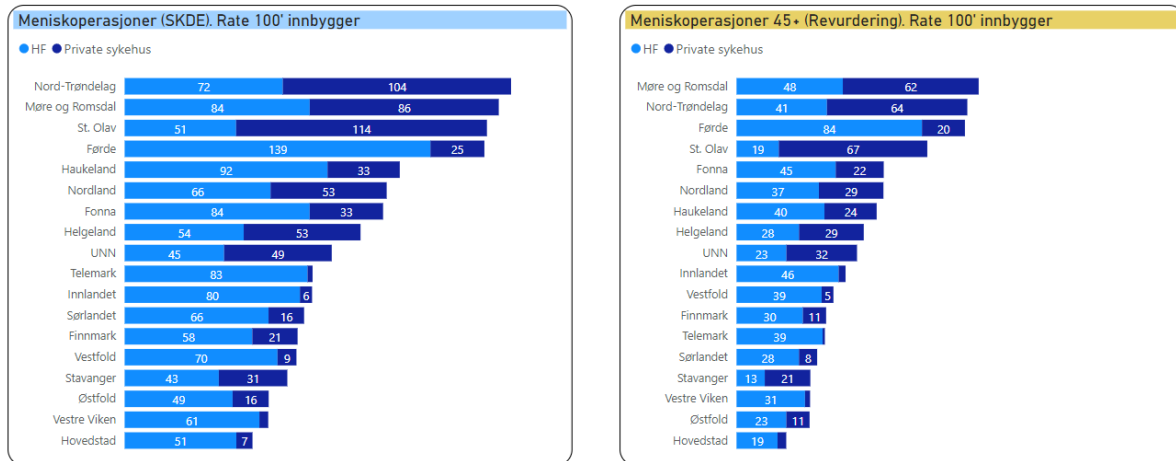
I Helse Midt-Norges datavarehus-rapport, kan man om ønskelig drille seg ned i tallgrunnet for å gjennomføre mer detaljerte lokale analyser:

<http://rapporter/reports/powerbi/Regionale%20Rapporter%20Helse%20Midt-Norge/Virksomhetsdata/Styringskort>

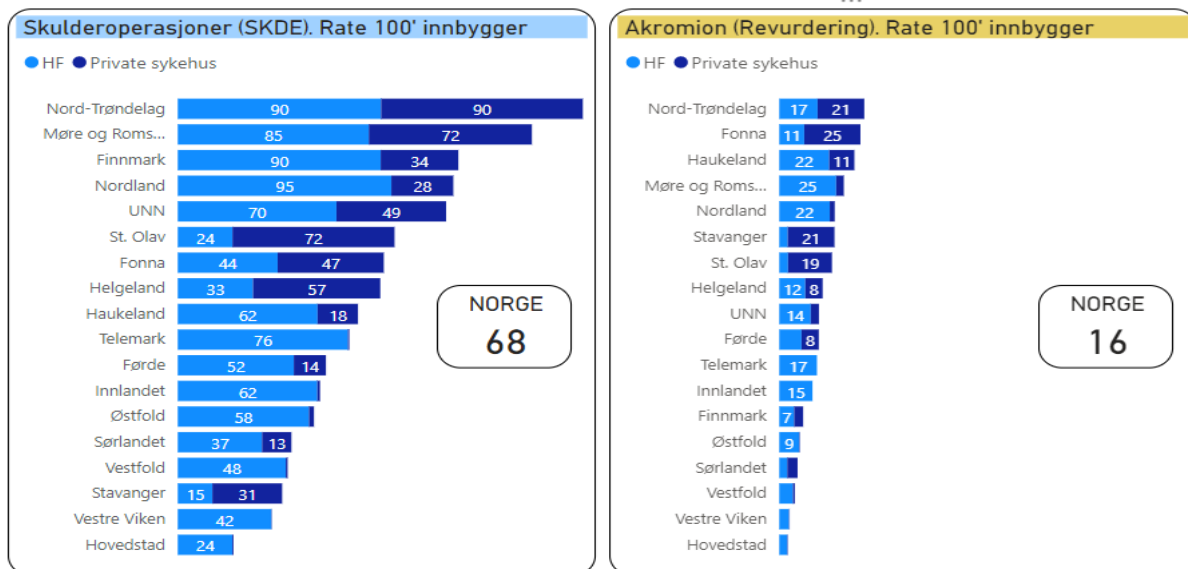
¹⁴ Sammenlignbare tall lengre bak i tid enn 2020 er ikke tilgjengelig.

1.9.1 Uønsket variasjon

I Helse Midt-Norge har statistikk og analyser de senere årene blitt tilgjengeliggjort gjennom bl.a. årlige oppdateringer og videreutvikling av SKDEs dagkirurgiatlas samt tilgjengeliggjøring av oversikter fra prosjektet «Revurdering av behandlingsmetoder», der sistnevnte oversikter tar utgangspunkt i pasientgruppene lansert i programmet «Evidence-Based Intervention Programme» i England. Oversiktene viser antall inngrep per innbygger for HF-bostedsområdene og regionene i Norge. Oversiktene er også inndelt etter hvilke tilbydere som har gitt behandlingen (HF, privat sykehus eller avtalespesialist). Her presenteres et utvalg eksempelbilder fra ovennevnte analyser.



Figur 53 Meniskoperasjoner per 100 000 innbyggere pr HF-bostedsområde, 2017-mars 2021. Helseatlasdefinisjoner til venstre, definisjoner fra revurderingsprosjektet til høyre (kun pasienter 45 år og eldre i oversikten til høyre).



Figur 54 Skulderoperasjoner per 100 000 innbyggere pr HF-bostedsområde, 2017-mars 2021 til venstre (Helseatlasdefinisjoner), Acromionreseksjoner for pasienter med Impingement syndrom per 100 000 innbyggere til høyre (Revurderingsprosjektets definisjoner).

For mer detaljer og lokale analyser, se:

<http://rapporter/reports/powerbi/Helse%20Midt-Norge%20RHF/Sandkasse/Revurdering/Revurdering%202019-2020-2021%20Arbeidsmodell%20pandemi%2004>

<http://rapporter/reports/powerbi/Helse%20Midt-Norge%20RHF/Sandkasse/Spesialatlas/2018%202019%202020%202021%20Skulder%20akromion%20menisk%20menisk%2045>

<http://rapporter/reports/powerbi/Helse%20Midt-Norge%20RHF/Sandkasse/Spesialatlas/Spesialatlas%202020>

1.9.2 Forskning og innovasjon

Antall kliniske behandlingsstudier (KBS) og antall pasienter i kliniske studier er vist i oversikten under:

Tabell 18 Antall KBS og pasienter i kliniske studier pr HF og totalt, 2019 og 2020

Resultater 2019	Antall KBS	Antall pasienter
Helse Møre og Romsdal HF	20	281
Helse Nord-Trøndelag HF	10	88
St. Olavs Hospital HF	102	1 450
HELSE MIDT TOTALT	132	1 819

Resultater 2020	Antall KBS	Antall pasienter
Helse Møre og Romsdal HF	27	261
Helse Nord-Trøndelag HF	15	511
St. Olavs Hospital HF	101	1 843
HELSE MIDT TOTALT	143	2 615

Del 2: Framskrivinger av aktivitet og bemanning

2 Innledning

Formålet med framskrivinger i utviklingsplanprosesser er å vise framtidssbilder (scenarier) for utviklingen i et korttids- (4 års) og langtidsperspektiv (15 år), dvs. fram til 2026 og 2037 i aktivitetsframskrivingene og til 2025 og 2035 i bemanningsframskrivingene¹⁵. Framtidssbildene vil representere *utfordringsbilder* for HF-ene i Helse Midt-Norge og for regionen samlet. F.eks. viser utfordringsbildene oss at det ikke vil være bærekraftig å fortsette som før aktivitets- og bemanningsmessig. Tiltak må dermed beskrives i utviklingsplanene for å bidra til endringer som understøtter en bærekraftig utvikling. Framskrivingene må derfor ikke tolkes som beskrivelser av uunngåelige framtidssbilder, men heller som utfordringsbilder som gir en pekepinn på behovet for omstilling og tiltak for å oppnå bærekraft også i årene som kommer.

Temagruppe Framskriving har gjennomført flere fellesmøter sammen med temagruppe Samhandling og helsefelleskap. Et av møtene inkluderte i tillegg temagruppe Teknologi og digitalisering. Temagruppeleder for temagruppen Utdanning og kompetanse har deltatt i Framskrivingsgruppen. Det tette samarbeidet med særlig de ovennevnte temagruppene har bidratt til nyttige innspill og verdifull bistand i valg av framgangsmåte, fortolkning og forståelse i framskrivingsarbeidet.

2.1 Rammebetingelser

I tråd med oppdraget som er gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene (RHF-ene) og fra RHF-ene til helseforetakene (HF-ene), samt føringer i den nasjonale veilederen for utviklingsplaner, skal *nasjonale framskrivingsmodeller* benyttes i utviklingsplanarbeidet.

Videre beskriver veilederen at framskrivinger må ses i sammenheng med bærekraft. Det er derfor viktig at retningen som pekes ut i utviklingsplanene er bærekraftig innen alle områder, deriblant økonomi, bemanning og ivaretagelse av målet om pasienten helsetjenester.

2.2 Framskrivingsmodeller og forutsetninger lagt til grunn

I dette dokumentet presenteres framskrivinger av aktivitet innen somatikk, PHV, PHBU og TSB. Bemanningsframskrivinger presenteres for utvalgte bemanningsgrupper: intensivsykepleiere, jordmødre og psykologer. Framskrivingene for bemanning viser eksempler på analyser som kan videreutvikles av HF-ene i utviklingsplanarbeidet og øvrig strategiarbeid.

Tabell 19 oppsummerer områdene temagruppe Framskriving leverer framskrivinger for.

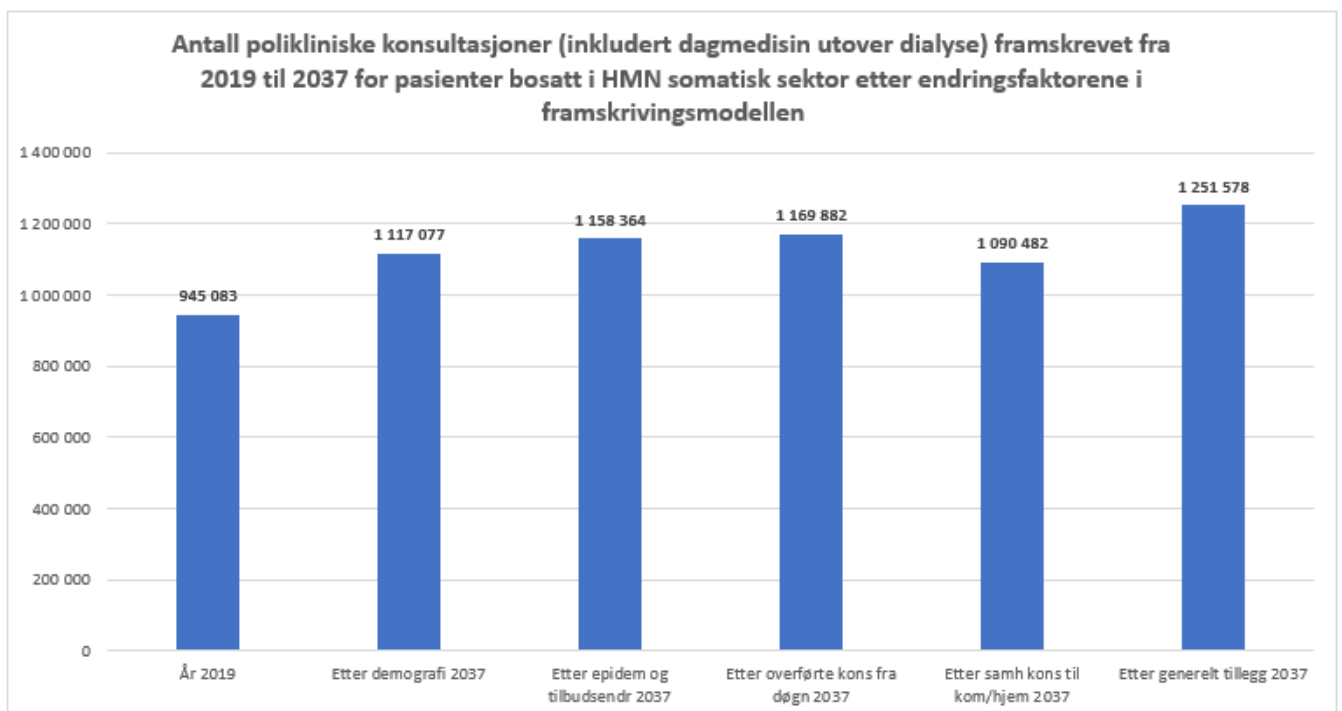
¹⁵ NBM har 5-årige framskrivingsintervall og nærmeste år ble dermed 2025 og 2035.

Tabell 19 Oversikt over utførte framskrivinger

Tema	Tjenesteområde/ Faggruppe	Enheter som er framskrevet	Hva er framskrevet	Framskrivingsmodell
Aktivitet	PHV PHBU TSB	HF Region (sørge- for)	Liggedøgn Polikliniske konsultasjoner	Forslag til nasjonal modell utarbeidet av prosjekt ledet av Helse Sør-Øst RHF ¹⁶
Aktivitet	Somatikk	HF Region (sørge-for)	Liggedøgn Dagbehandlinger Polikliniske konsultasjoner	RHF-enes framskrivingsmodell (Sykehusbyggmodellen) ¹⁷
Bemanning	Intensivsykepleiere Jordmødre Psykologer	HF	Tilgjengelig kompetanse	Nasjonal bemanningsmodell (NBM) ¹⁸

2.3 Framskrivingsmodell – aktivitet somatikk

For aktivitetsframskrivingene innen somatikk benyttes eksisterende nasjonal modell: RHF-enes framskrivingsmodell. I framskrivingene som er utført, er standard forutsetninger lagt til grunn. Modellen inneholder flere steg. Stegene i framskrivingene som er gjort for polikliniske konsultasjoner er synliggjort i Figur 55 og Figur 56.

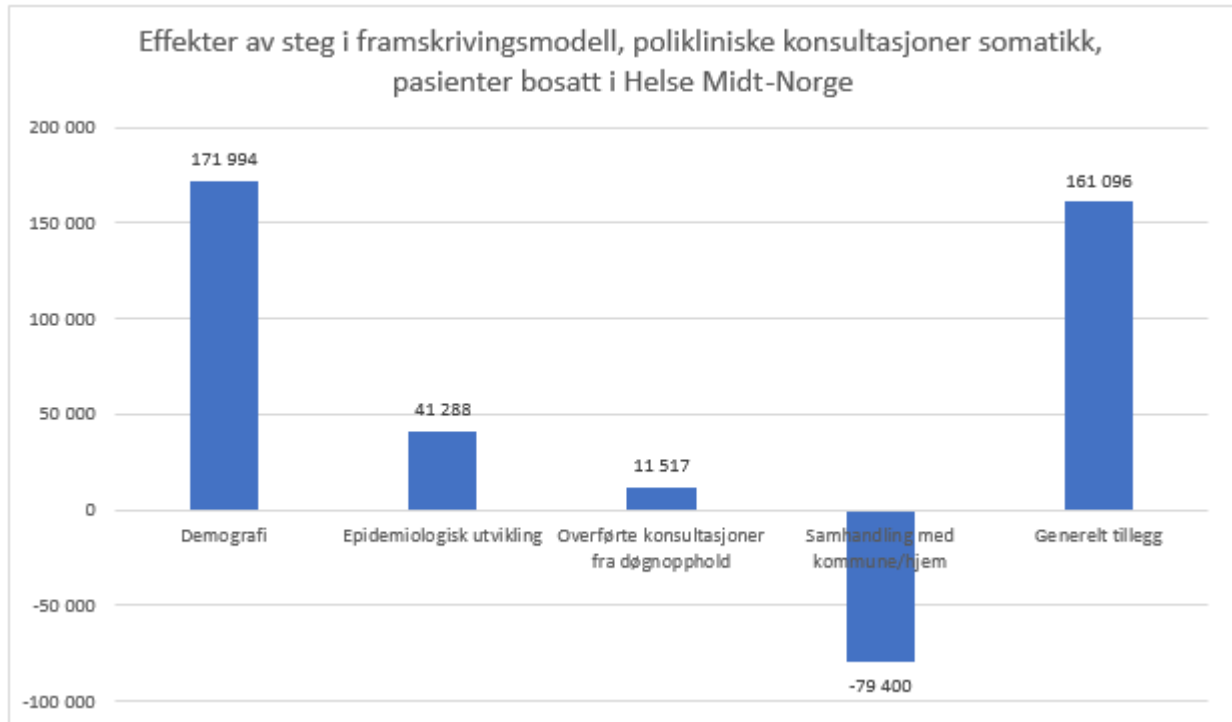


Figur 55 Polikliniske konsultasjoner, framskrevet stegvis i RHF-enes framskrivingsmodell

¹⁶ Helse Sør-Øst RHF fikk i oppdrag fra HOD å utarbeide framskrivingsmodell for PHV, PHBU og TSB. Oppdraget ble levert til HOD 01.07.2021. Modellen er beskrevet i detalj i Vedlegg 2.

¹⁷ For mer informasjon om RHF-enes framskrivingsmodell, se https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivingsmodellen_2020.pdf

¹⁸ For mer informasjon om NBM, se Helse Vest (2015) Dokumentasjon nasjonal bemanningsmodell.



Figur 56 Effekt av stegene i framskrivingsmodellen fra 2019 til 2037. Polikliniske konsultasjoner somatisk for pasienter bosatt i Helse Midt-Norge

Faktorene demografisk utvikling, epidemiologisk utvikling og overgang fra døgnopphold til poliklinisk behandling gir alle vekst i framskrevet poliklinisk aktivitet. I tillegg anslås det en årlig generell vekst på 1% utover de ovennevnte faktorene. Samhandlingstiltak og oppfølging i eget hjem, antas å bidra til noe reduksjon i behovet for polikliniske konsultasjoner i modellen.

Tilsvarende er dagoppholdene innen somatikk kun framskrevet med steg som anslår vekst: demografisk utvikling, epidemiologisk utvikling samt overgang fra døgnbehandling til dagbehandling. For dagbehandling er det ikke beregnet en reduserende effekt av samhandlingstiltak.

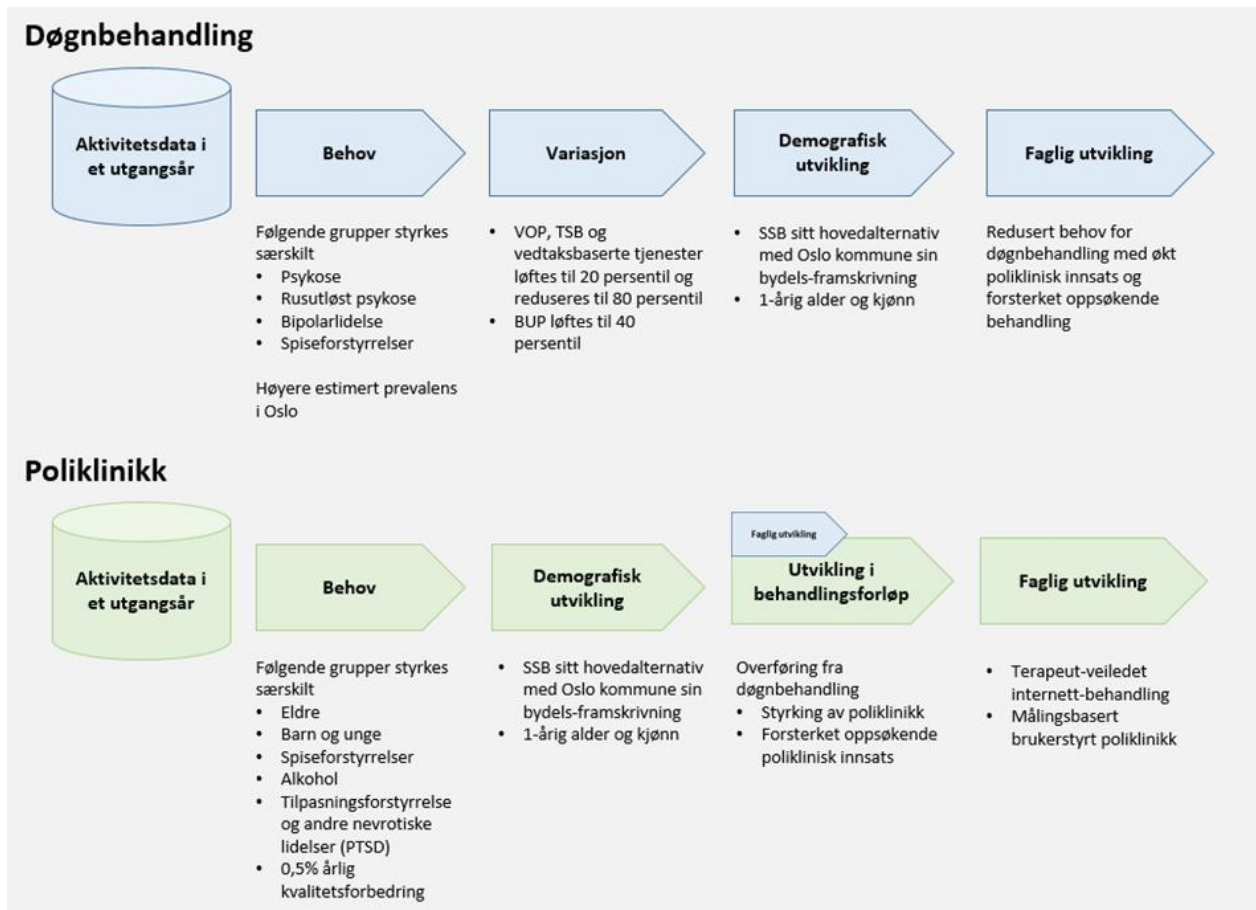
Framskrivningene for liggedøgnene inneholder to faktorer som bidrar til økning: demografisk og epidemiologisk utvikling. De øvrige stegene i modellen har dempende effekt på liggedøgn. Disse stegene er samhandling med kommune/hjem, overføring til dagkirurgi og polikliniske konsultasjoner samt overføring til pasienthotell eller observasjonsenhet.

2.4 Framskrivinger - aktivitet kronikere

I tillegg til framskrivningene av den samlede somatiske aktiviteten i regionen, har det blitt utarbeidet demografiske framskrivinger for kronikergruppen. Kronikerpopulasjonen er beskrevet nærmere og i mer detalj i avsnitt 1.2.1.1, og kjennetegnes av pasienter som har hyppige og/eller langvarige opphold i spesialisthelsetjenesten. Mens gruppen utgjør 5% av pasientene i Helse Midt-Norge, bruker de over en tredjedel av alle liggedøgn og DRG-poeng ved sykehusene. Dette betyr at det kan være særlig interessant å vurdere om denne pasientgruppen kan følges opp på en bedre måte enn i dag. Bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste antas å kunne bidra til mer effektiv forebygging og slik bidra til større grad av oppfølging nær der pasienten bor.

2.5 Framskrivninger – aktivitet psykisk helsevern og TSB

Når det gjelder PHV, PHBU og TSB, så ble det utviklet et forslag til ny nasjonal framskrivningsmodell parallelt med framskrivingsarbeidet i Samordningsprosjektet. Utviklingen av forslag til ny nasjonal modell har vært ledet av Helse Sør-Øst RHF og forslaget til ny modell ble levert til HOD 01.07.2021. For å kunne benytte en mest mulig oppdatert nasjonal modell, har temagruppe Framskrivning, med bistand fra Sykehusbygg, lagt til grunn modellforslaget som foreligger per nå. Stegene i den nye modellen er oppsummert i Figur 57.



Figur 57 Oppsummering av faktorene i forslag til ny framskrivningsmodell PHV, PHBU og TSB.

Faktorene som bidrar til vekst i den nye modellen er oppjustering av behov for utvalgte grupper (se figur), samt demografisk utvikling. I tillegg vil steget som beskrives som «faglig utvikling» bidra til omfordeling fra døgnbehandling (liggedøgn) til poliklinisk behandling. Variasjonssteget er omtalt i mer detalj i neste avsnitt.¹⁹

Sammenlignet med forslaget til ny modell, er framskrivningene som er utarbeidet og presentert i dette dokumentet justert i tråd med innspill sendt over fra Helse Midt-Norge RHF i høringsrunden. Justeringene innen PHV, PHBU og TSB, som er beskrevet som «HMN-justering» i kapittel 3, er knyttet til to forhold:

- Fjerning av foreslått variasjonsforutsetning for liggedøgn
- Nedjustering av behovskomponent alkoholrelaterte lidelser TSB poliklinikk

¹⁹ Forslag til framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB, som er utarbeidet av Helse Sør-Øst, inneholder framskrivningsresultater for perioden 2019-2040. Når vi har gjort framskrivinger fram til 2026 og 2037, har vi beregnet årlige effekter av 2040-framskrivingene og applisert disse lineært i perioden fram mot hhv. 2026 og 2037.

Variasjonskomponenten i den foreslåtte modellen er applisert for liggedøgnene innen PHV, PHBU og TSB. Komponenten tar utgangspunkt i liggedøgn per innbygger i HF-enes opptaksområder. For PHV og TSB justeres eksisterende liggedøgn opp til 20 percentil og ned til 80 percentil for opptaksområder som befinner seg i ytterpunktene av normalfordelingen. For PHBU justeres aktiviteten for alle opptaksområder som befinner seg lavere enn 40. percentilen opp til 40. percentil.

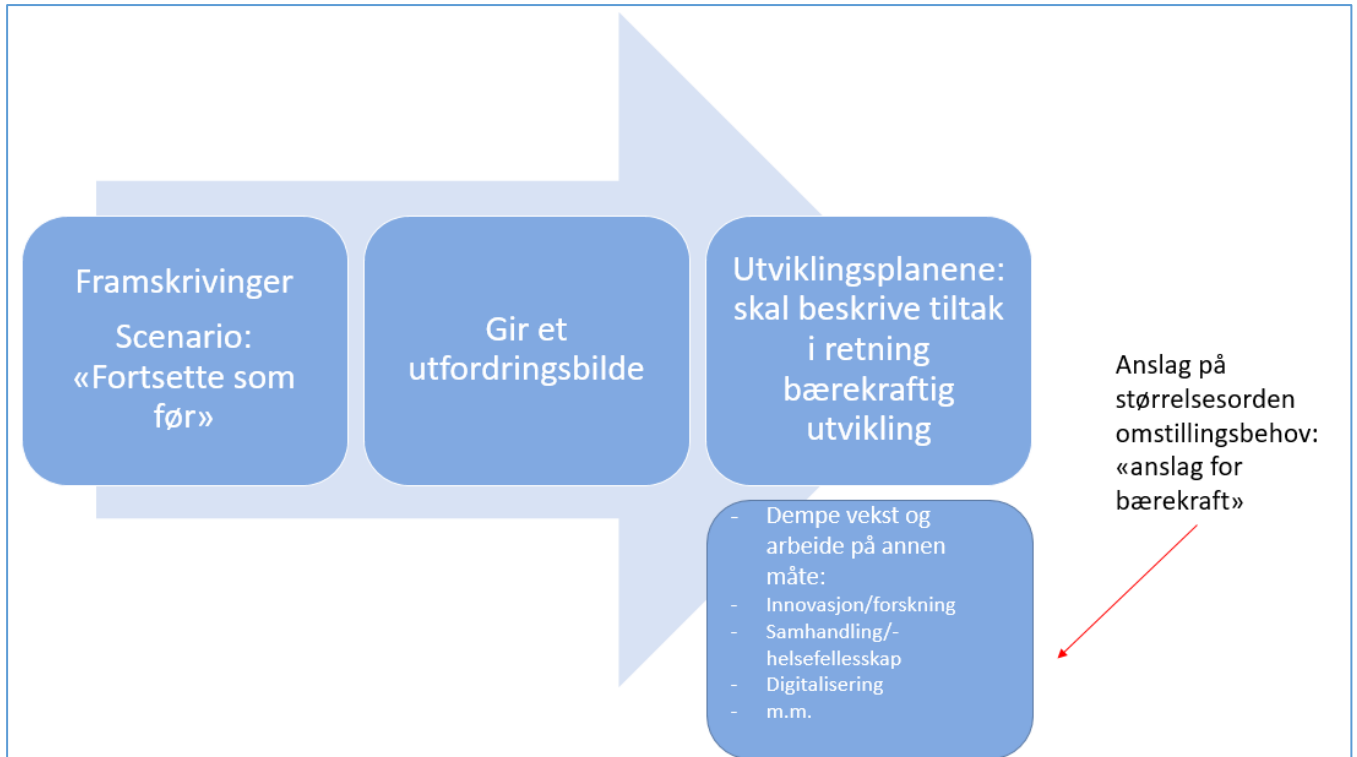
Helse Midt-Norge RHF's innspill til modellen har vektlagt signaler fra Direktørmøtet i Helse Midt-Norge (jf. møte 23.06.2021). Det pekes derfor særskilt på at de anvendte percentilene synes skjønnsmessig satt og uten tilhørende faglige begrunnelser. Effekten av en slik justering fører videre til nokså omfattende effekter for enkelte av fagområdene og HF-ene, uten at dette er sett i sammenheng med f.eks. omfanget av det polikliniske tilbudet eller kvaliteten på det eksisterende tjenestetilbudet. Justeringen, der effekten av variasjonskomponenten nullstilles i framskrivingene, er synliggjort i resultatene som presenteres i dette dokumentet.

I *behovskomponenten* i modellen foreslås det bl.a. at den polikliniske behandlingen for pasienter med alkoholrelaterte lidelser skal økes dramatisk (115% økning), noe som antyder at det er en tilsvarende underbehandling/underdekning i dagens tilbud. I Helse Midt-Norge er imidlertid ventetidene innen TSB svært lave (28 dager per mai 2021). Det er ingen tegn til utfordringer i tilgjengelighet eller andre tegn til underbehandling, som understøtter økningen som foreslås. For den aktuelle gruppen vil det i tillegg være naturlig å forvente at et ev. behov for forebygging, oppfølging og behandling først og fremst kan og bør ivaretas av kommunchelsetjenesten. Behovseffekten for alkoholrelaterte lidelser settes derfor lik den gjennomsnittlige behovsutviklingen som er beregnet for PHV.

Framskrivingene av polikliniske konsultasjoner innen PHV, PHBU og TSB inneholder i forslag til ny nasjonal modell et anslag for antall konsultasjoner som kan håndteres digitalt, utover telefon- og videooppfølging, gjennom bl.a. nettbaserte og skjemabaserte tjenester m.m. der pasienten kan utføre oppfølgingen selv hjemmefra. Anslaget er synliggjort i figurene.

2.6 Utfordringsbilder og bærekraft

Framskrivingene gir ikke en illustrasjon av en uunngåelig framtidssituasjon, men viser snarere et *utfordringsbilde* basert på hvordan utviklingen sannsynligvis vil være gitt at vi «fortsetter som før». Et scenario der vi «fortsetter som før» vil ikke nødvendigvis være bærekraftig i et langtidsperspektiv, siden det ressursmessig vil bli krevende å møte utfordringen uten å gjøre endringer. Utviklingsplanene som HF-ene og RHFet skal utarbeide må derfor beskrive tiltak innen f.eks. innovasjon, forskning, digitalisering og samhandling som enten demper behovet for, og etterspørselen etter, spesialisthelsetjenester og/eller som gjør det mulig å håndtere veksten med en lavere ressursbruk. Forholdet mellom framskrivinger, bærekraft og behovet for tiltak er illustrert i Figur 58.



Figur 58 Forholdet mellom framskrivinger, utfordringsbildet, bærekraft og behovet for tiltak

I presentasjonene av utfordringsbilder for psykisk helsevern og TSB har vi lagt inn anslag for effekten som kan ventes av digital egenoppfølging. I framskrivingsmodellen for somatikk er det ikke beregnet en slik effekt. Der har vi istedenfor presentert et anslag for hvor stort omstillingsbehovet kan antas å være. Nivåene er skjønsmessig satt og illustrerer differansen mellom anslått vekst hvis man «fortsetter som før» og et mer bærekraftig nivå. I alle framstillingene er liggedøgnene for bærekraftsanslaget skjønsmessig justert ned 5%. Dette kan bl.a. ses i sammenheng med behovet for å jobbe målrettet sammen med kommunehelsetjenesten omkring tilbudet til kronisk syke pasienter (se avsnitt 2.4). Fortsatt vekst i polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger bl.a. pga videre omstilling fra innleggelser til dag-/poliklinisk behandling, er antatt å være del av en ønsket, løsningsorientert utvikling. Det er samtidig antatt at det vil være behov for å videreutvikle måten de polikliniske konsultasjonene utføres på, bl.a. ved hjelp av digital støtte. Dermed er det anslått at 10% av konsultasjonene i det framskrevne scenariet i 2037 bør håndteres ved tiltak i retning av noe dempet vekst og endring i arbeidsmåte.²⁰ Dagopphold (dagkirurgi og dialyse) er beholdt uforandret, ettersom fortsatt vekst anses som en ønsket utvikling for å bl.a. dempe behovet for innleggelser. Det antas imidlertid at en del av dialysebehandlingen har potensiale til å omstilles til hjemmedialyse.

Når det gjelder utfordringsbildene for både liggedøgn og polikliniske konsultasjoner, vil det være viktig at utviklingsplanene beskriver relevante dempende tiltak knyttet til f.eks. innovasjon, samhandling og digitalisering for å møte den generelle veksttakten tidligere år har vært preget av.

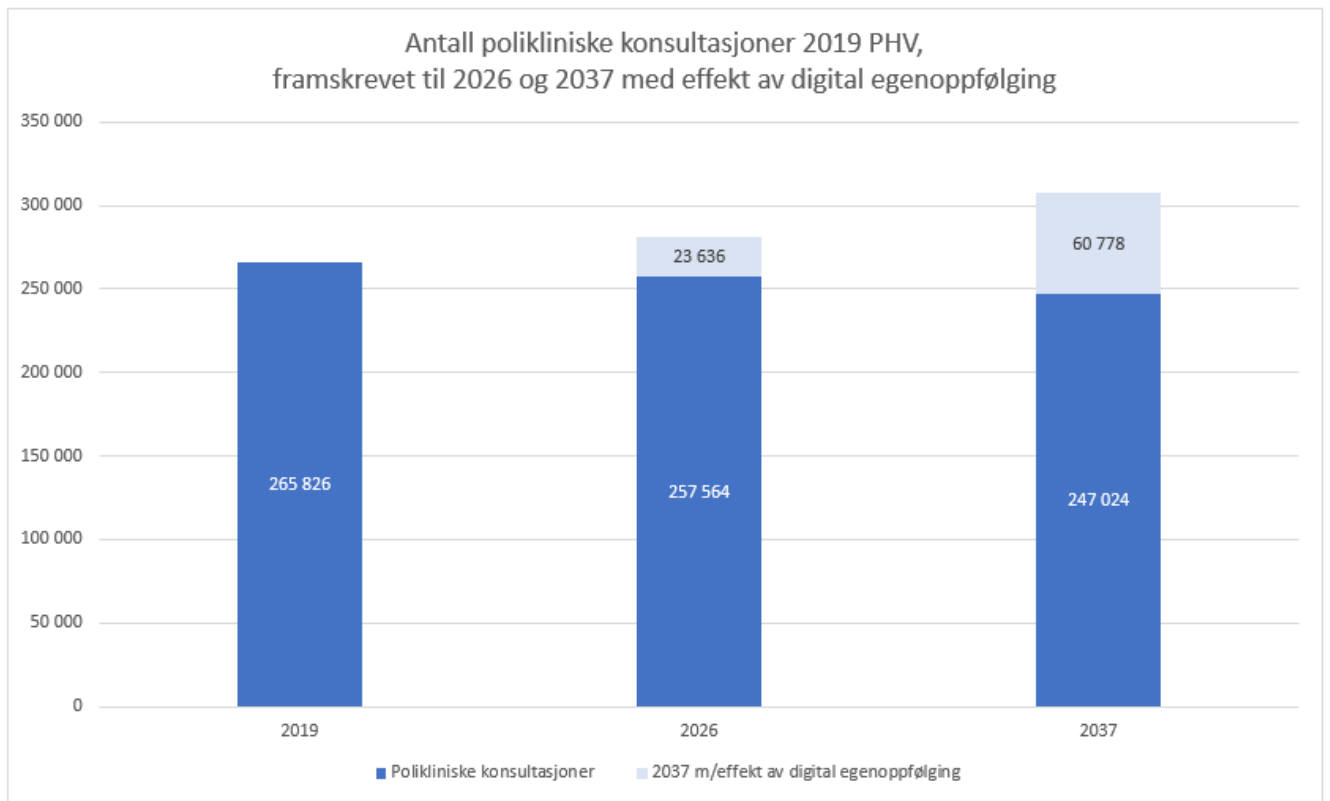
I det følgende presenteres framskrivingsresultatene for aktivitet for regionen samlet (med utgangspunkt i tjenester gitt til befolkningen bosatt i Helse Midt-Norge) og deretter HF-vis. I kapittel 4-6 presenteres bemanningsframskrivningene pr. HF.

²⁰ For 2026-framskrivningene er bærekraftsanslaget anslått med en andel basert på årlige effekter av 2037-anslaget.

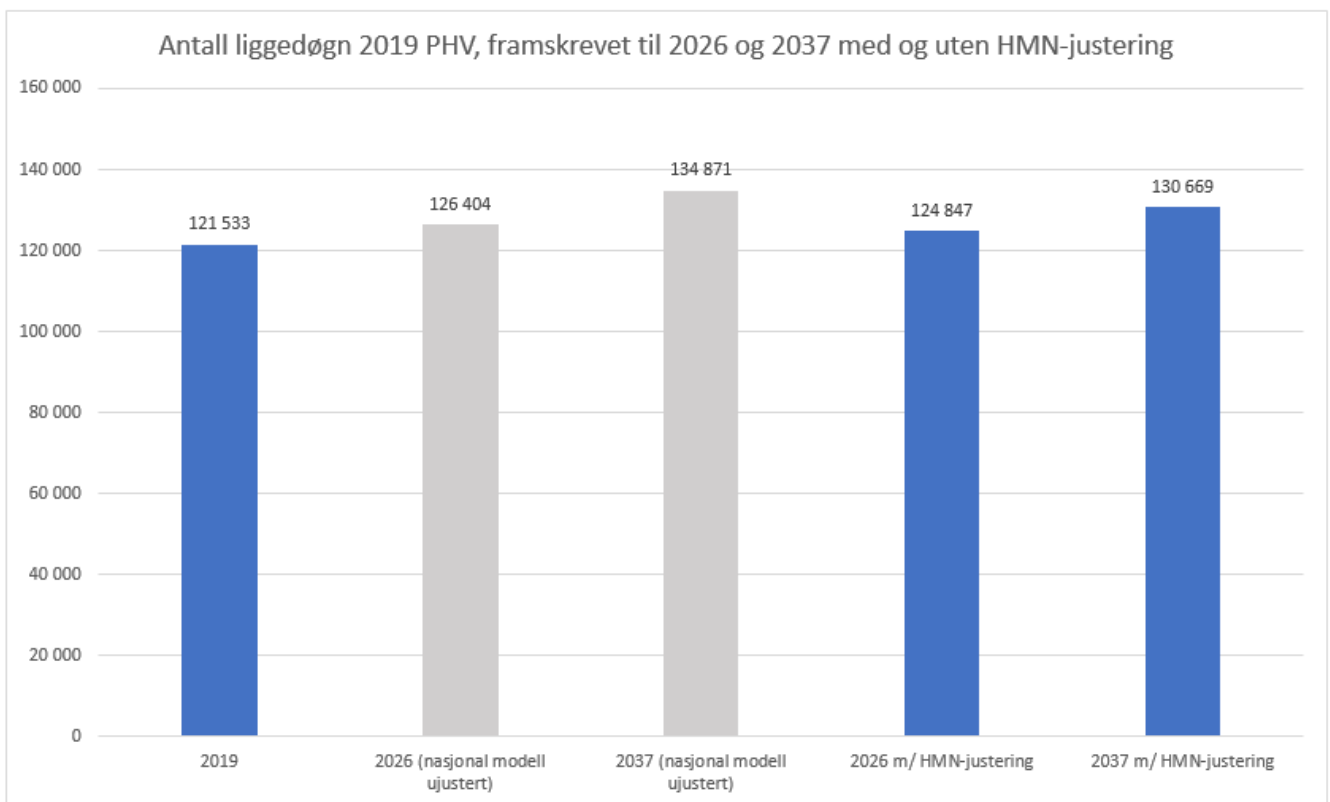
3 Aktivetsframskrivinger Helse Midt-Norge

3.1 Aktivitetsframskrivinger Helse Midt-Norge

3.1.1 PHV

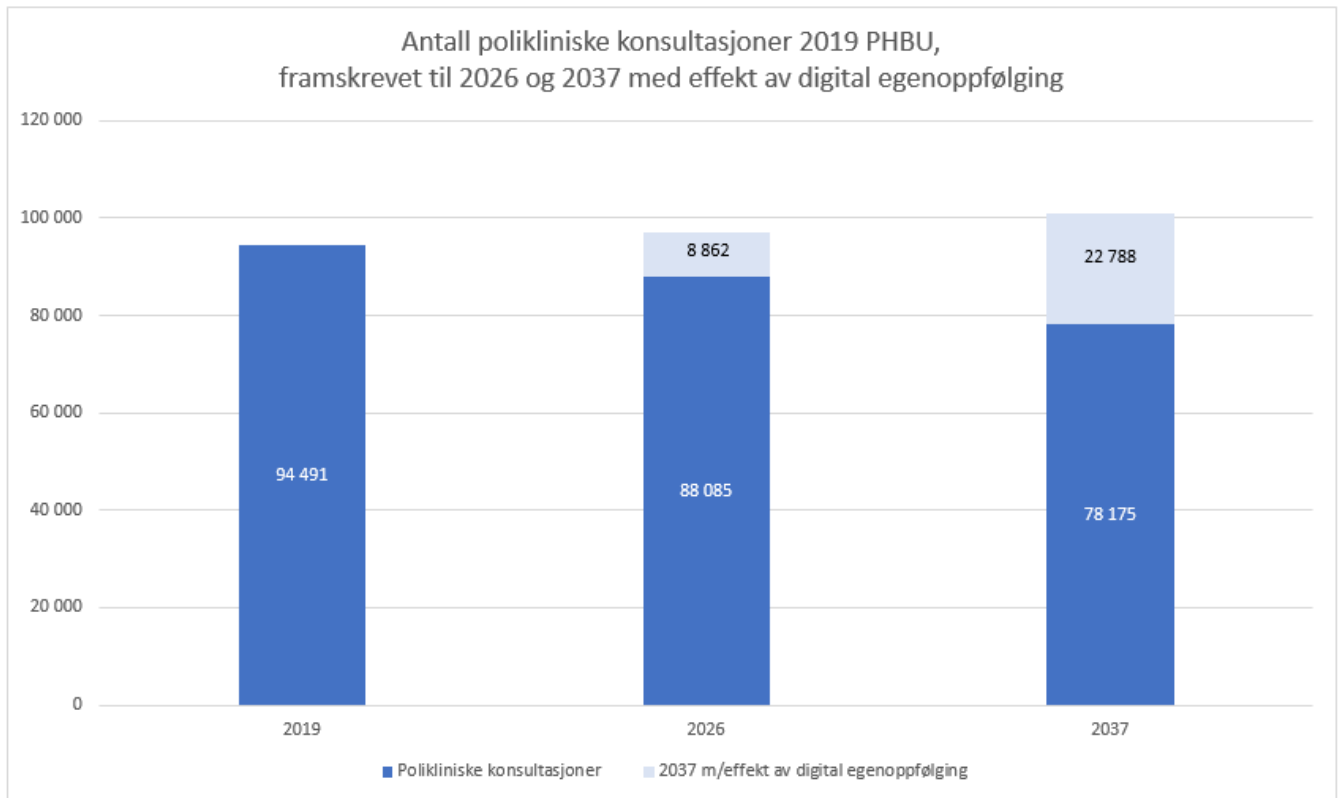


Figur 59 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV polikliniske konsultasjoner, Helse Midt-Norge

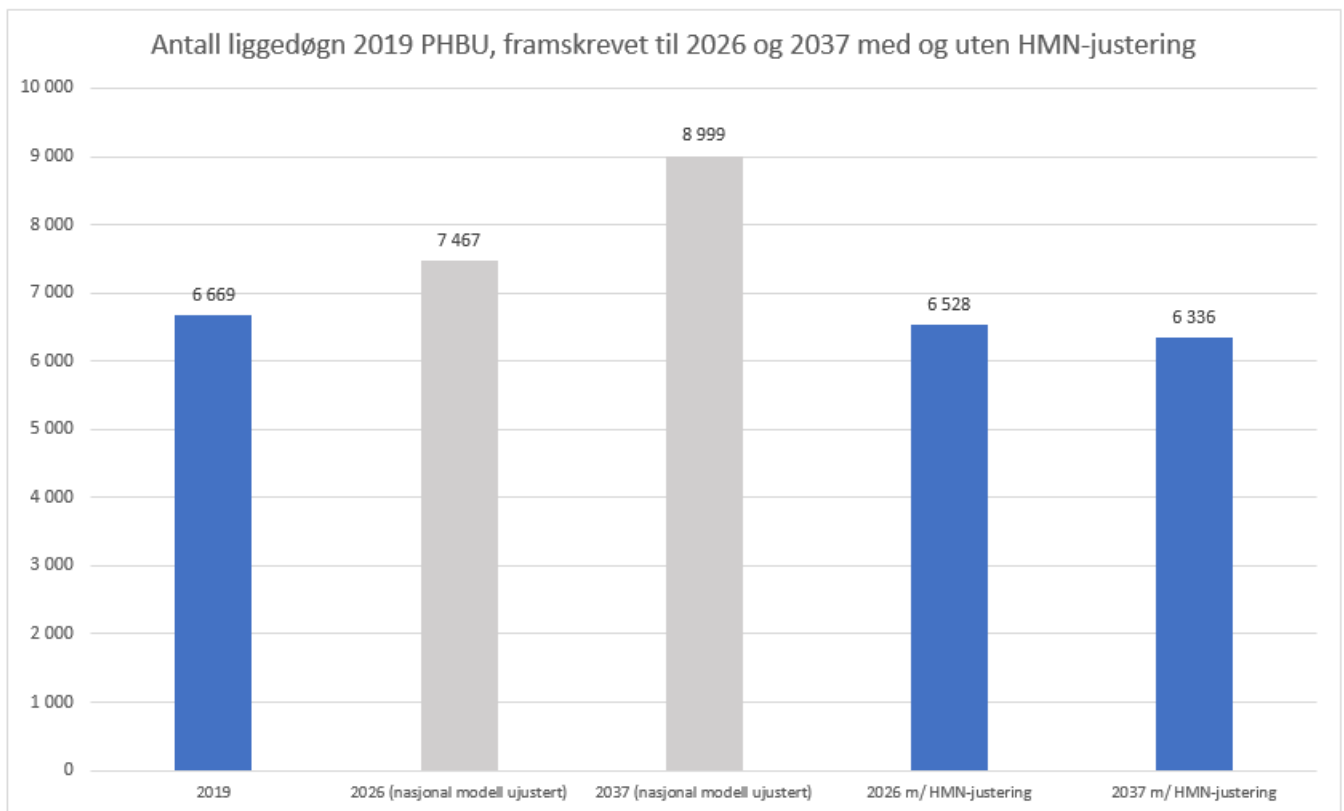


Figur 60 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV liggedøgn, Helse Midt-Norge

3.1.2 PHBU

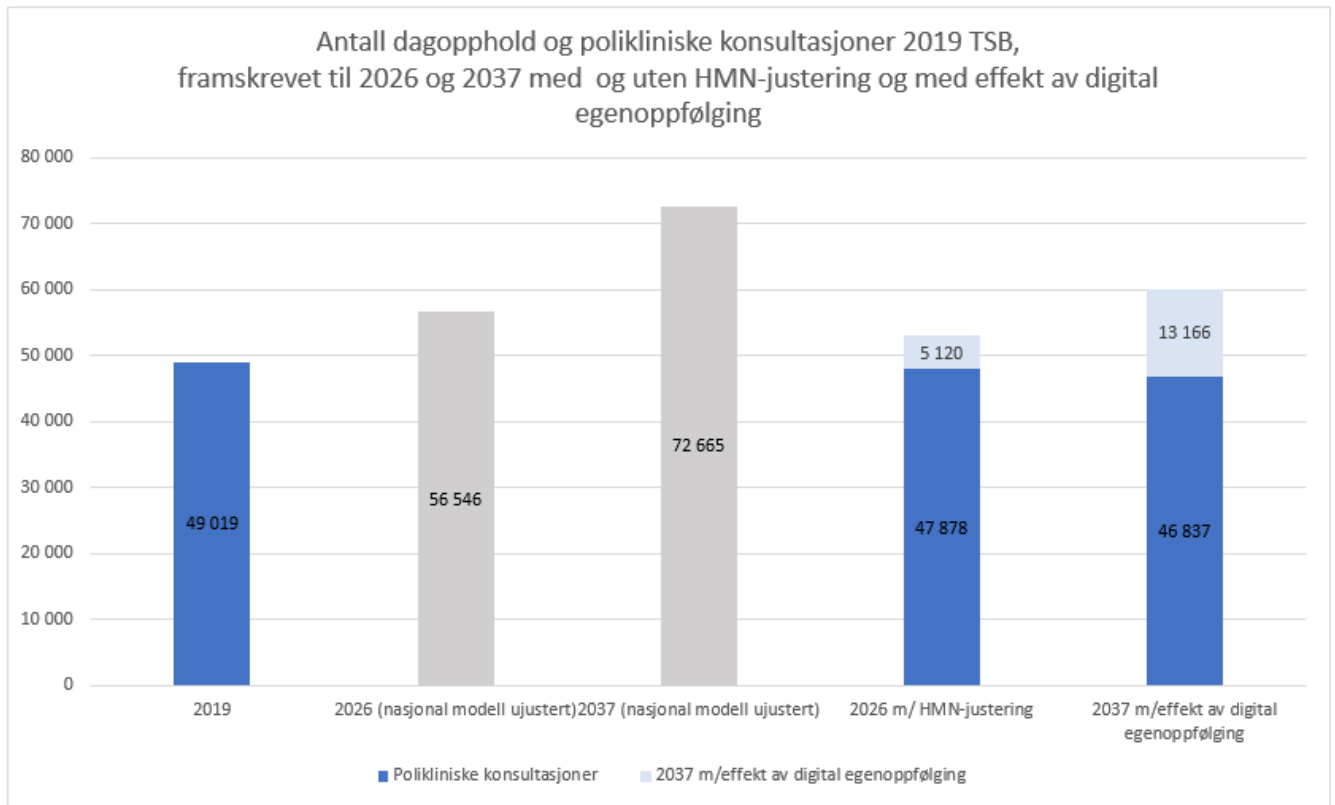


Figur 61 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHBU polikliniske konsultasjoner, Helse Midt-Norge

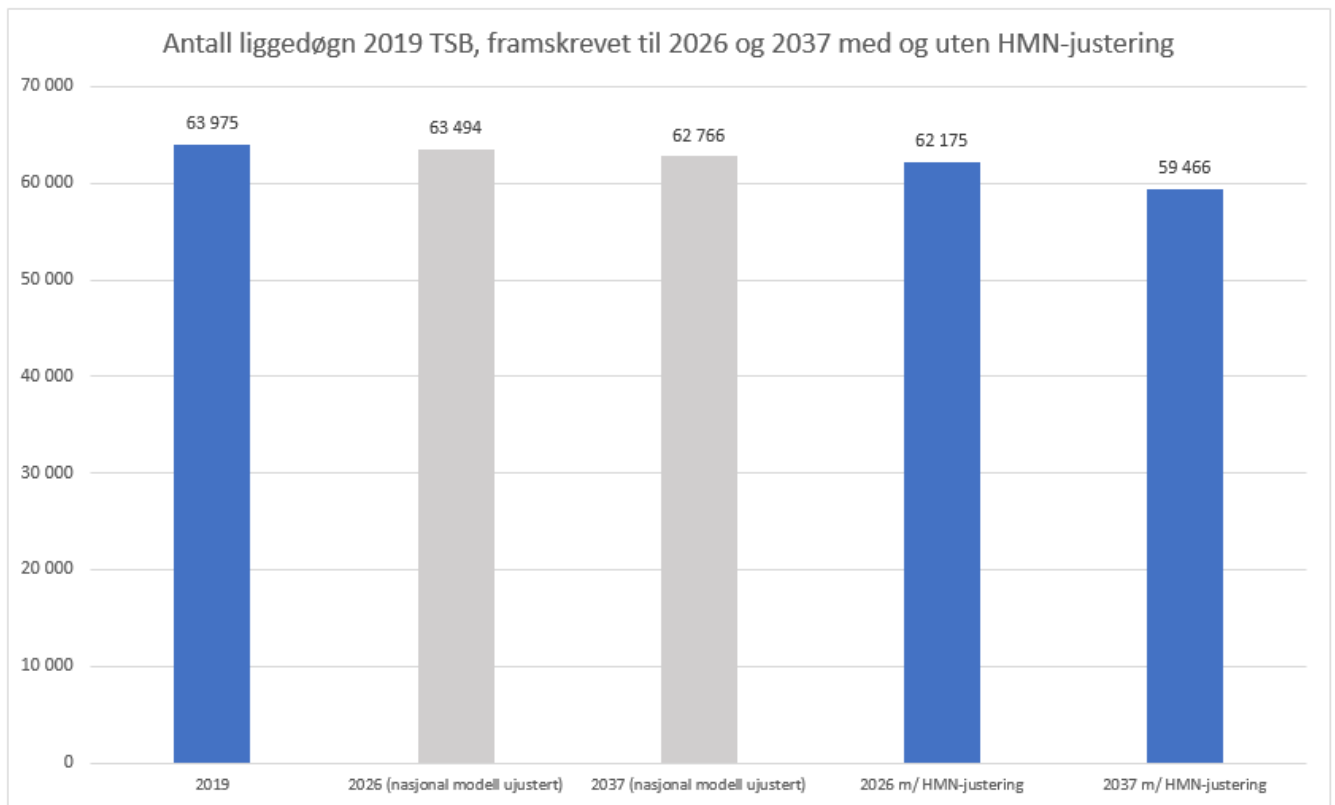


Figur 62 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV liggedøgn, Helse Midt-Norge

3.1.3 TSB

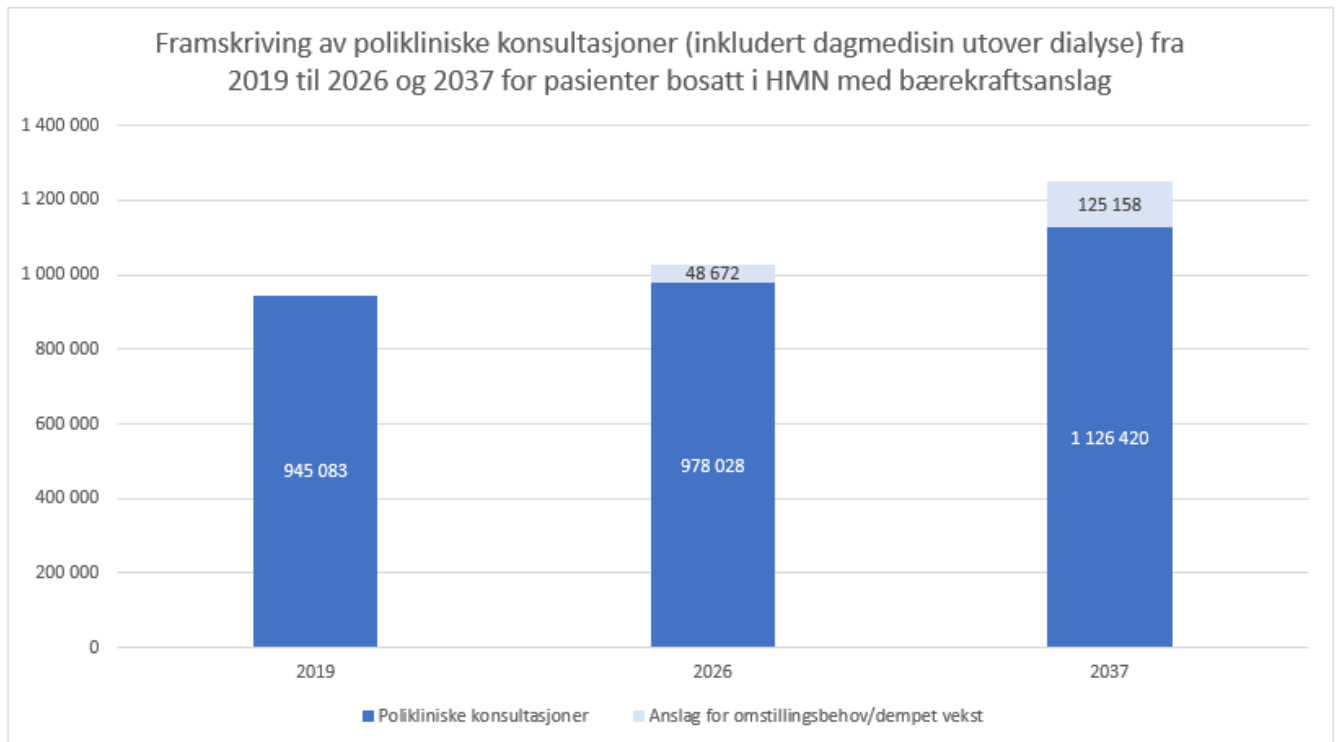


Figur 63 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB polikliniske konsultasjoner, Helse Midt-Norge

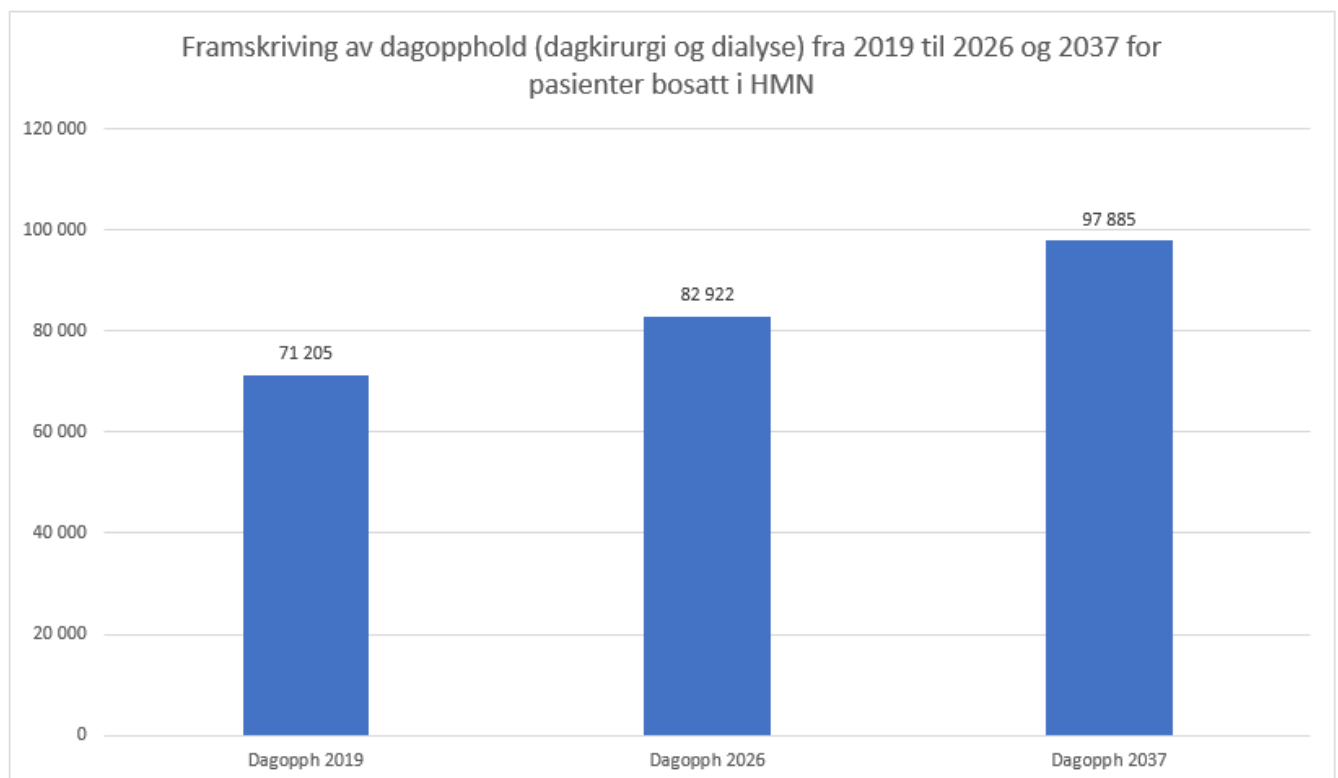


Figur 64 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB liggedøgn, Helse Midt-Norge

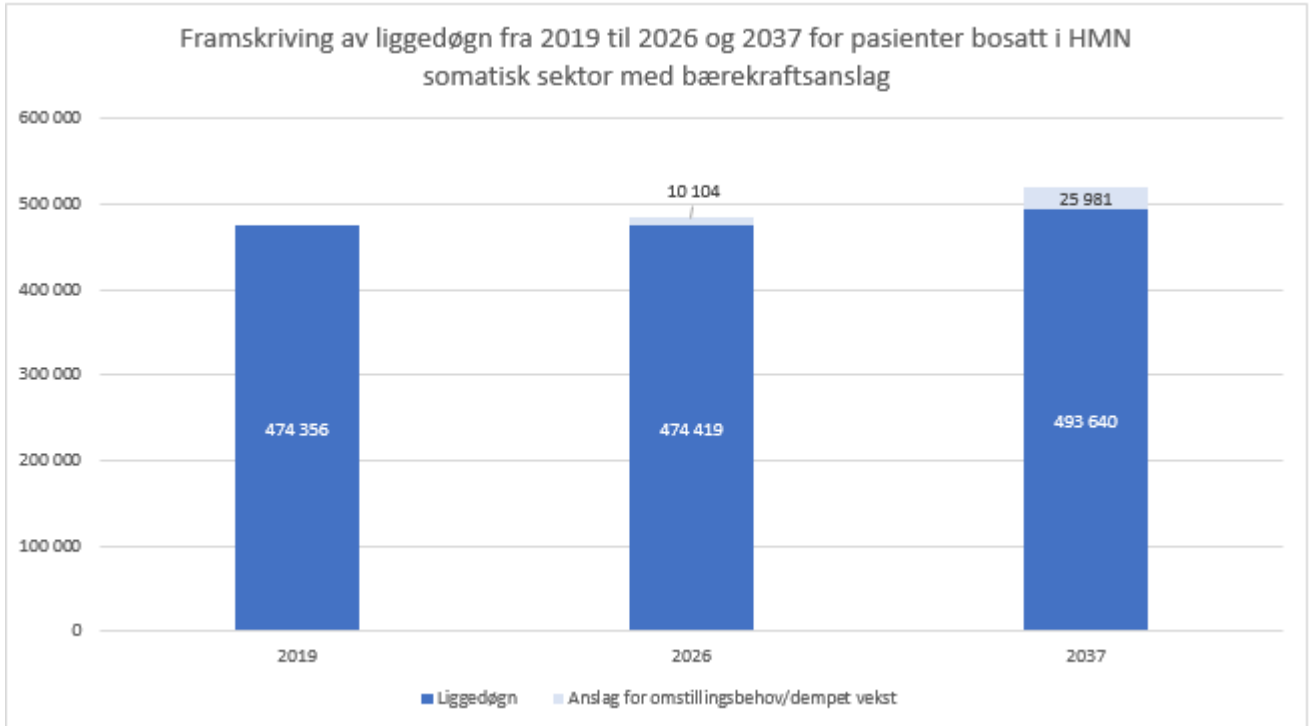
3.1.4 Somatikk



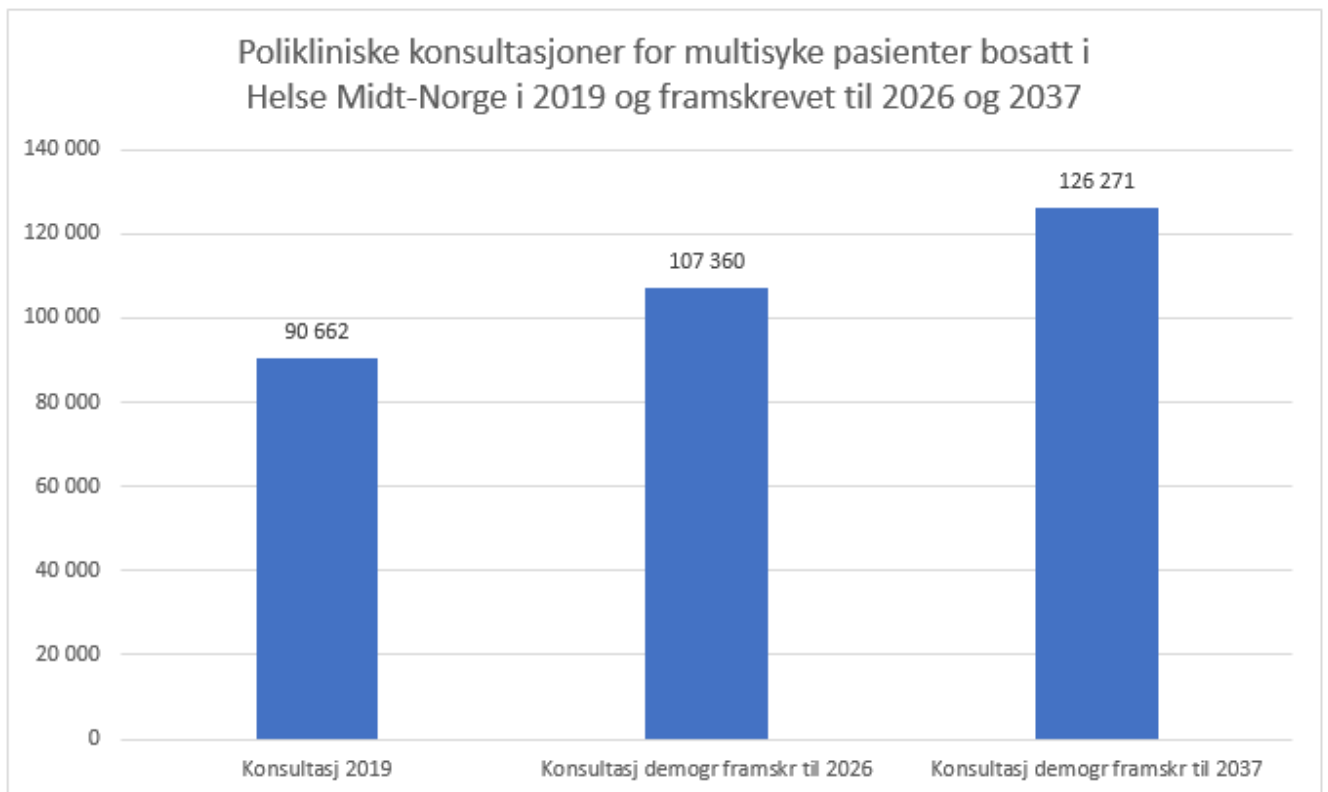
Figur 65 Utfordringsbilde somatikk polikliniske konsultasjoner, Helse Midt-Norge



Figur 66 Utfordringsbilde somatikk dagbehandlinger, Helse Midt-Norge

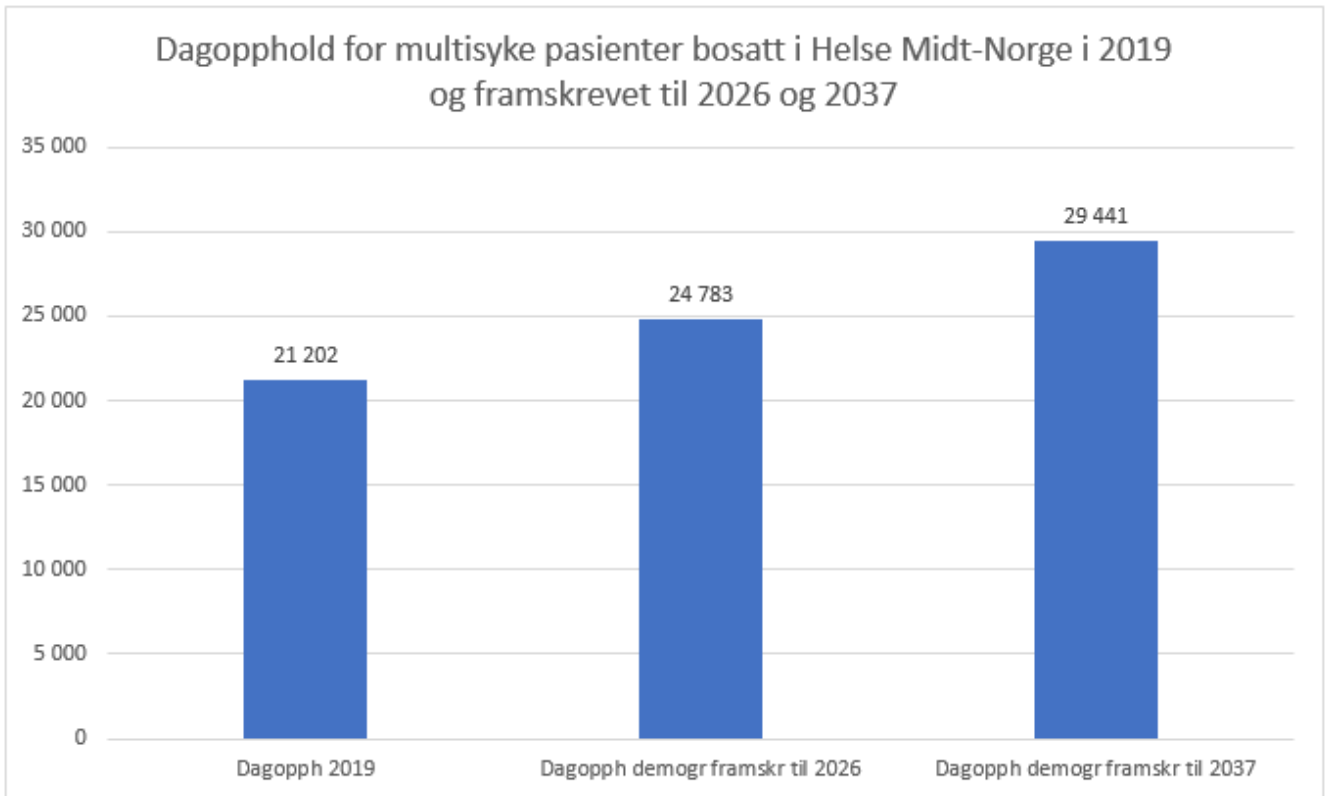


Figur 67 Utfordringsbilde somatikk liggedøgn, Helse Midt-Norge

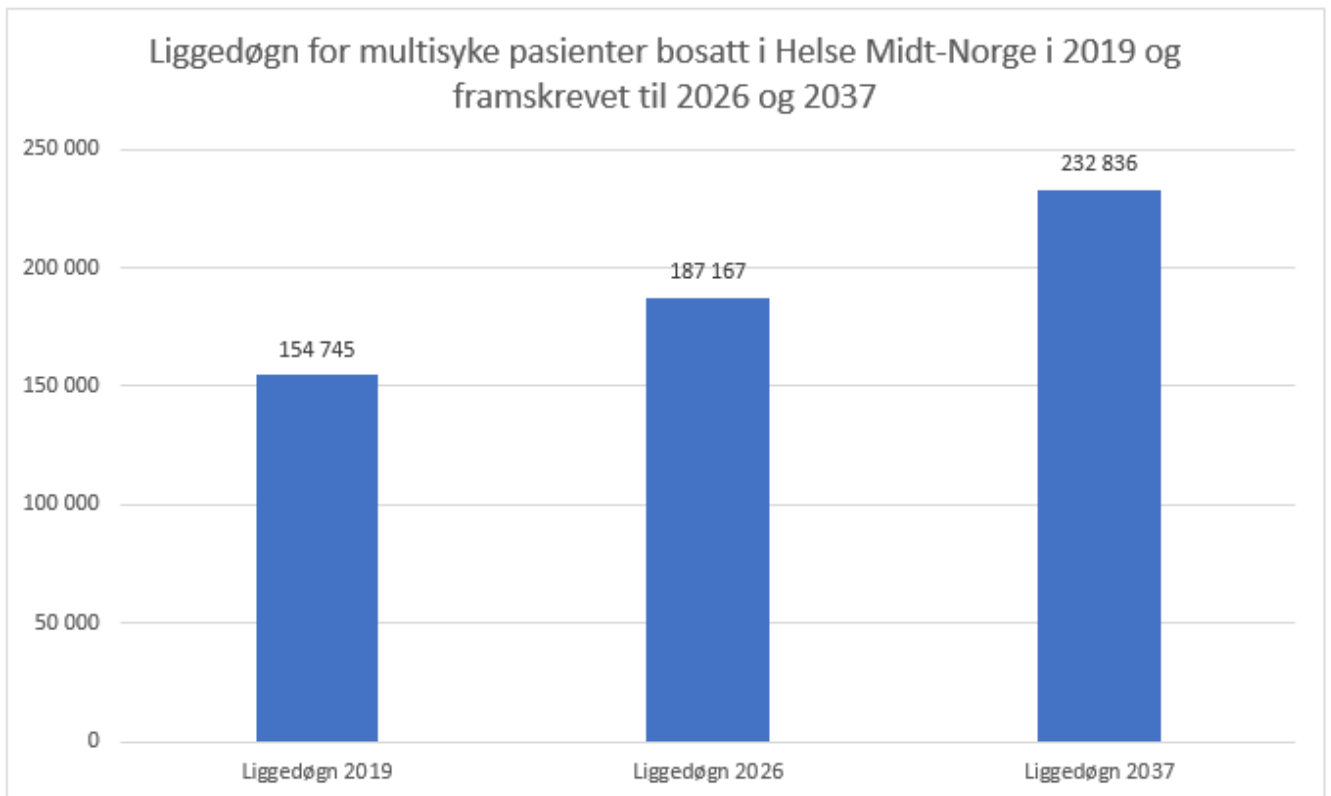


Figur 68 Utfordringsbilde kronikere somatikk polikliniske konsultasjoner, Helse Midt-Norge. Demografisk framskriving²¹

²¹ For definisjon av kronikere/multisyke pasienter, se Helsedirektoratet (2021). Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del 1: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer. Rapport IS-2997.



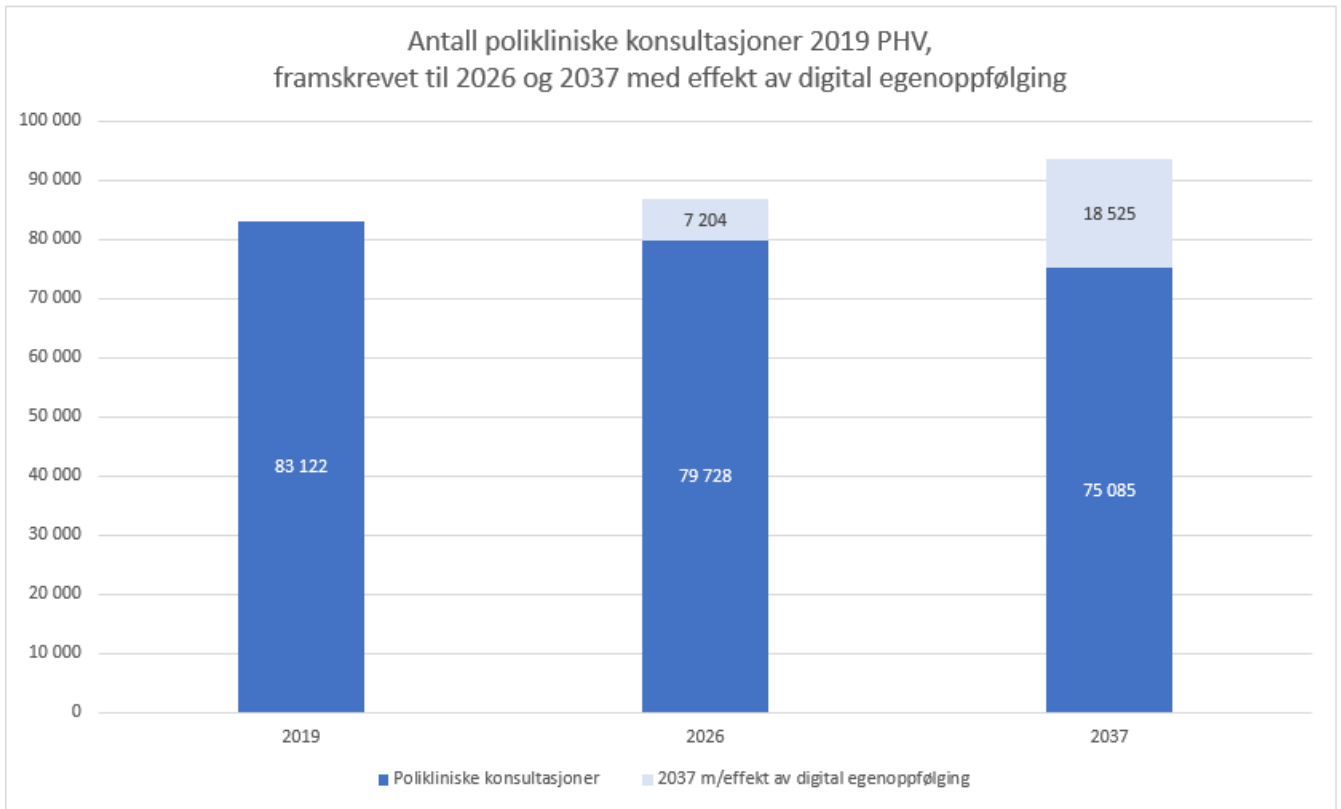
Figur 69 Utfordringsbilde kronikere somatikk dagopphold, Helse Midt-Norge. Demografisk framskriving



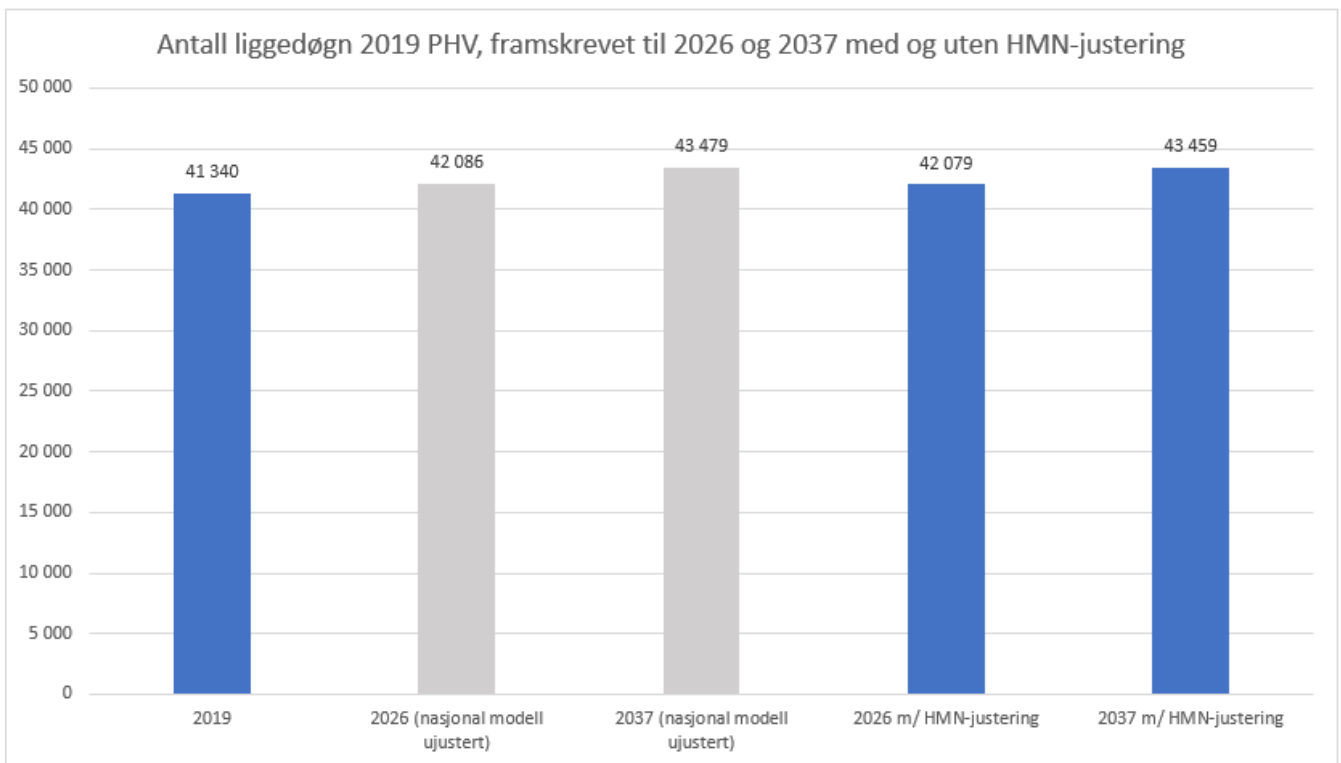
Figur 70 Utfordringsbilde kronikere somatikk liggedøgn, Helse Midt-Norge. Demografisk framskriving

3.2 Aktivitetsframskrivinger Helse Møre og Romsdal HF

3.2.1 PHV

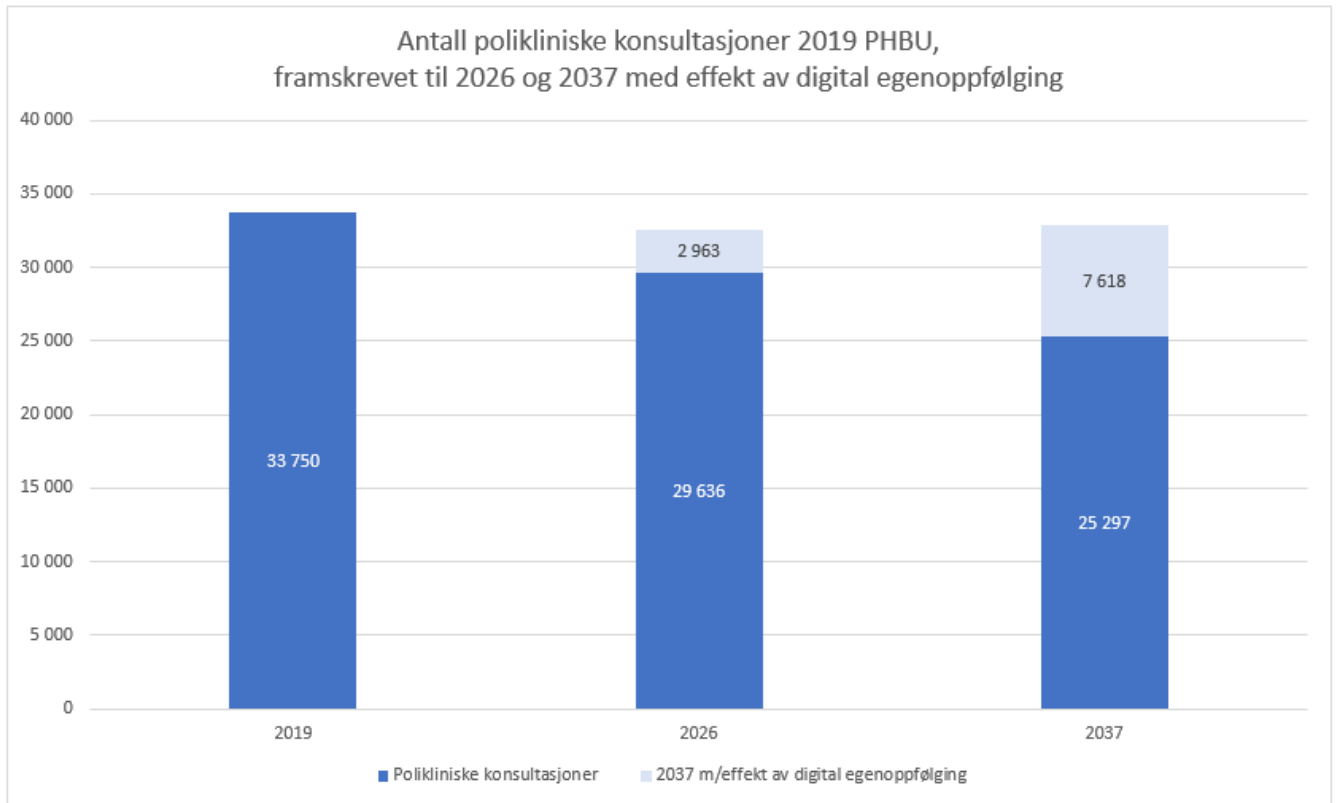


Figur 71 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV polikliniske konsultasjoner, Helse Møre og Romsdal HF

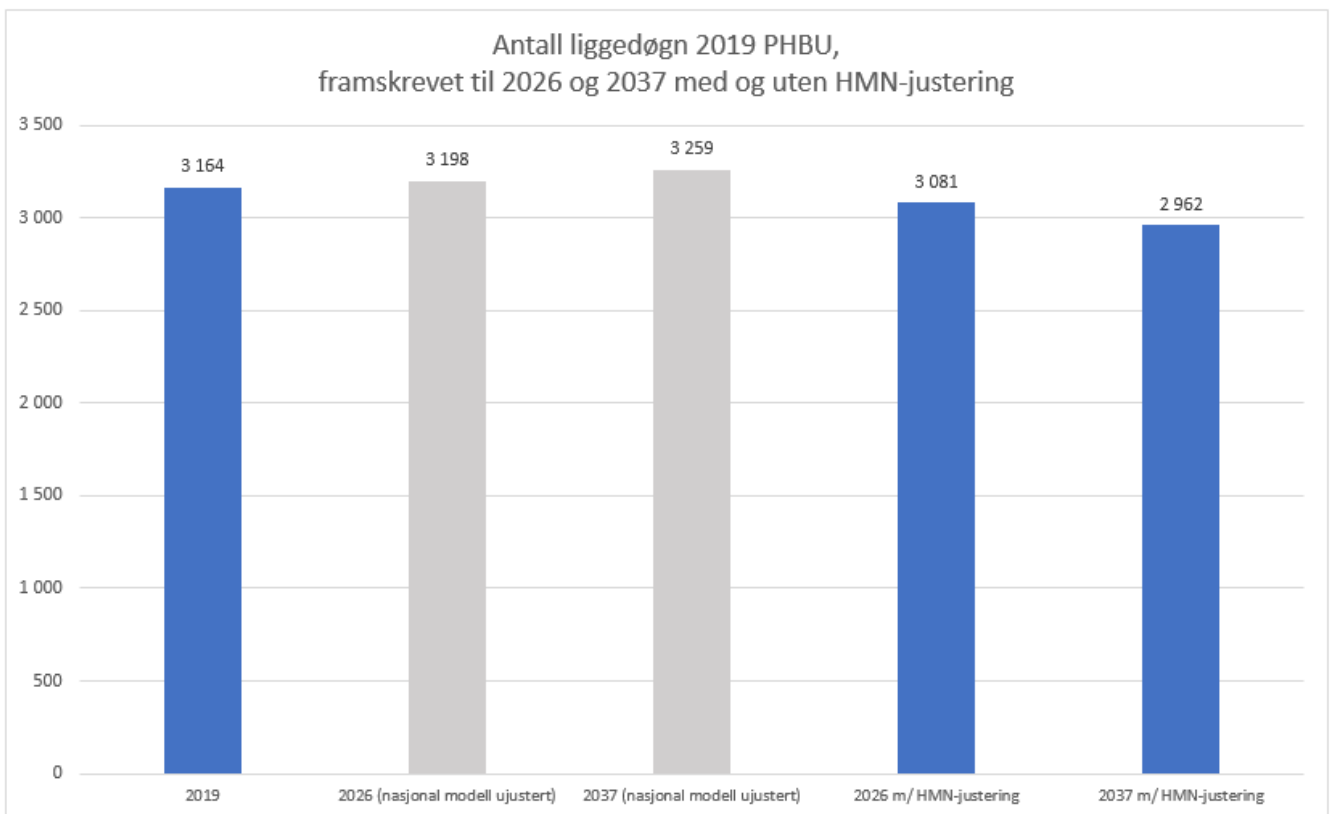


Figur 72 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV liggedøgn, Helse Møre og Romsdal HF

3.2.2 PHBU

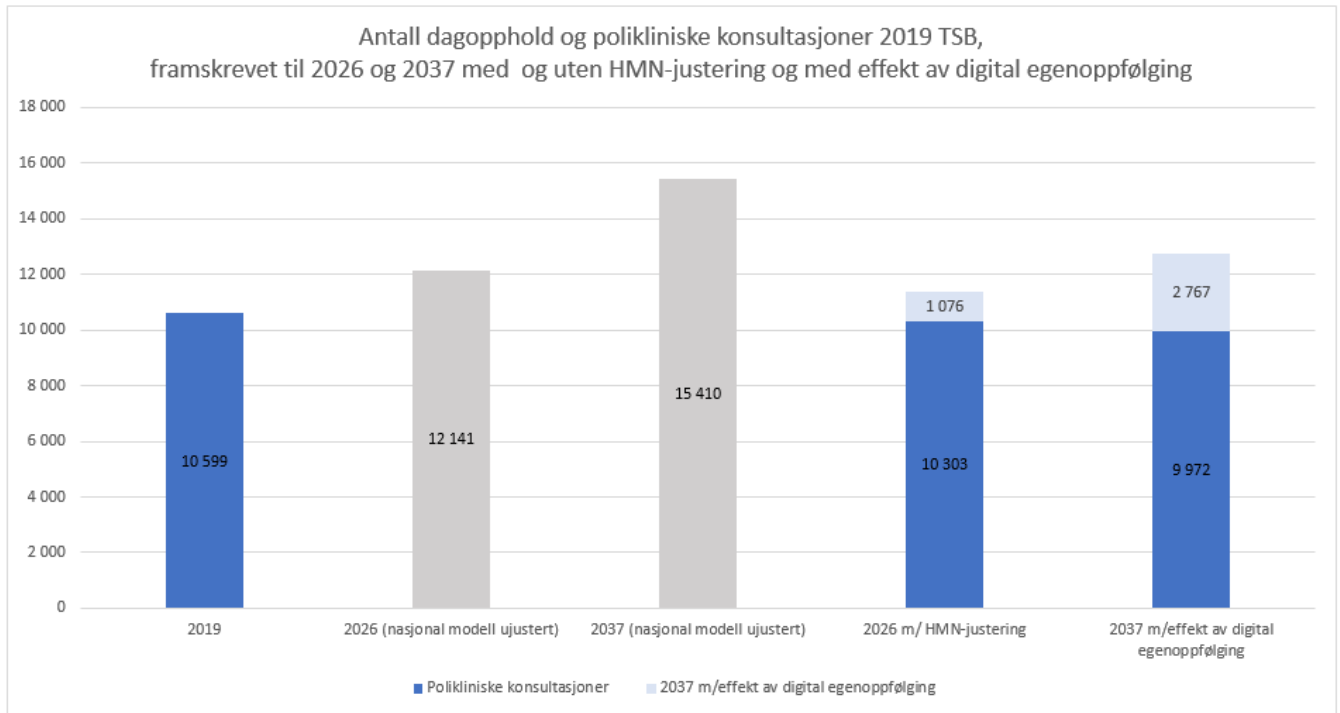


Figur 73 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHBU polikliniske konsultasjoner, Helse Møre og Romsdal HF

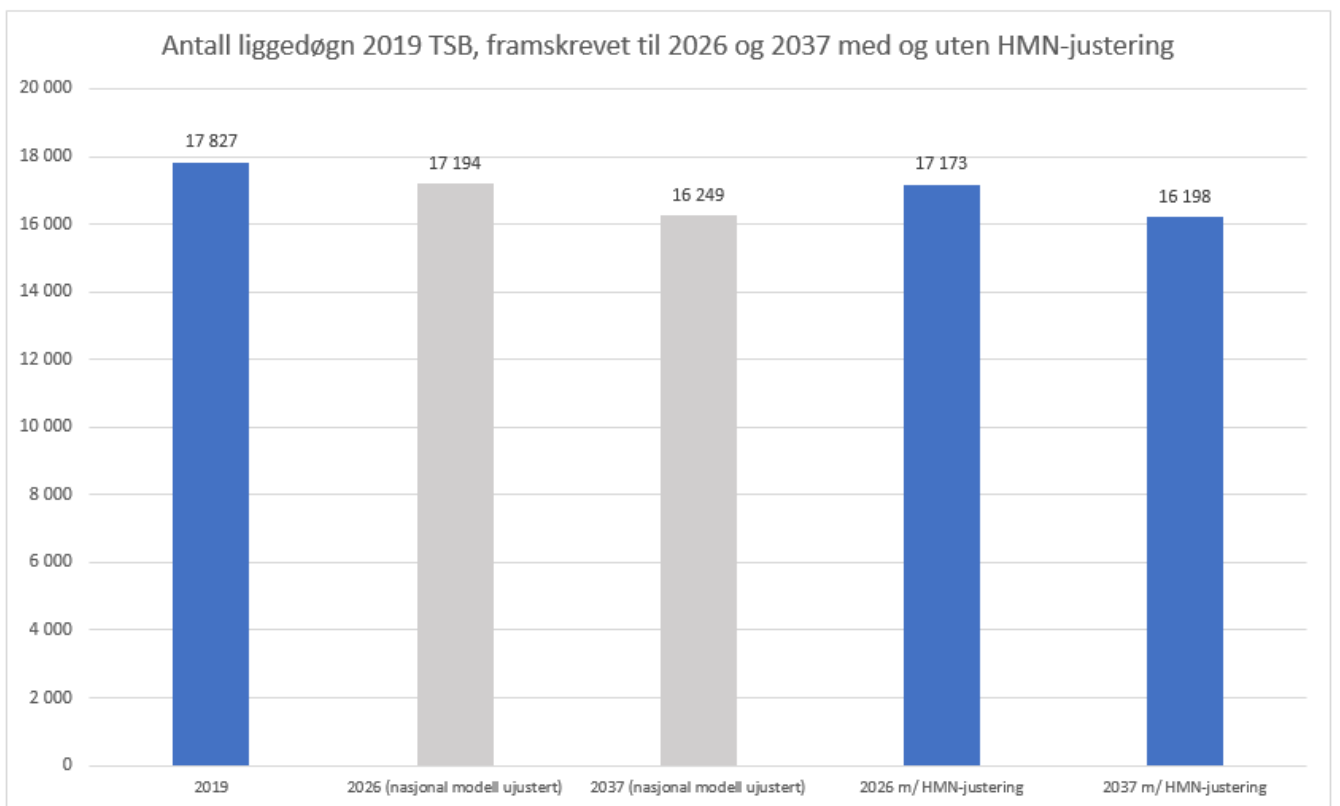


Figur 74 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV liggedøgn, Helse Møre og Romsdal HF

3.2.3 TSB

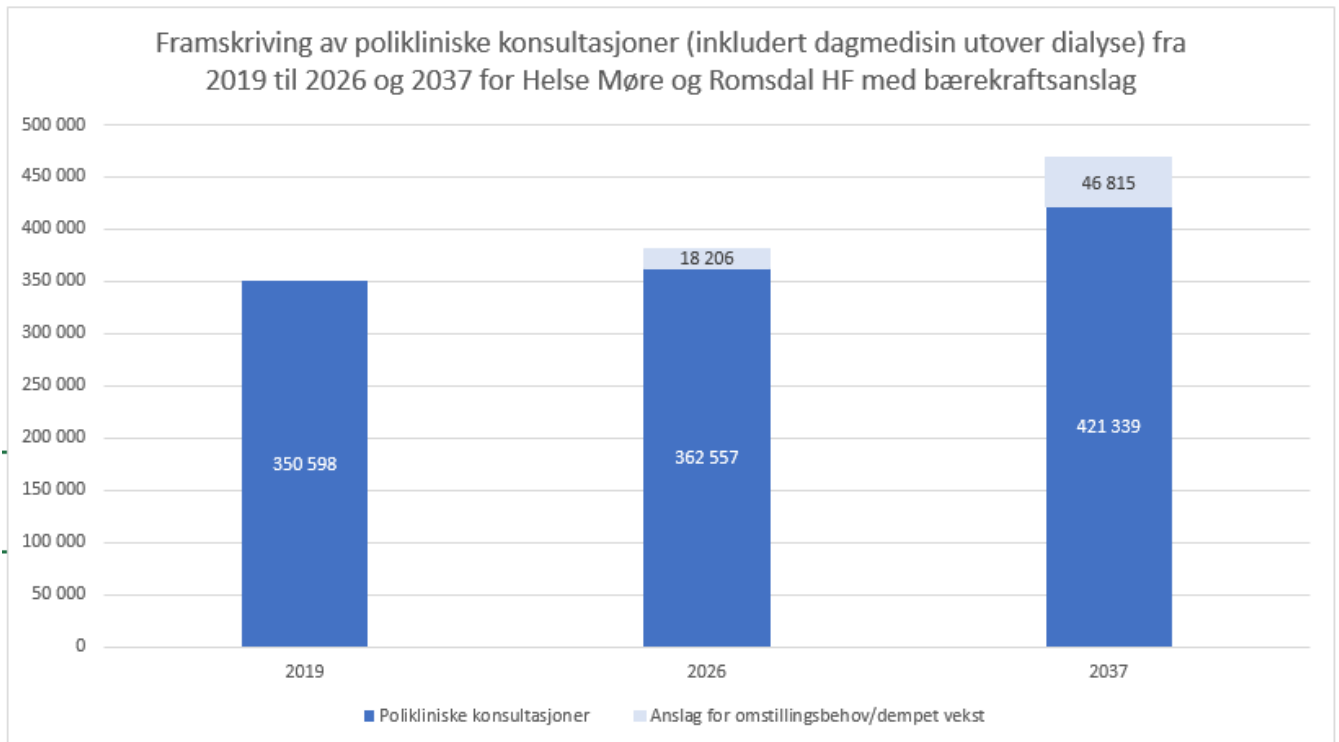


Figur 75 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB polikliniske konsultasjoner, Helse Møre og Romsdal HF

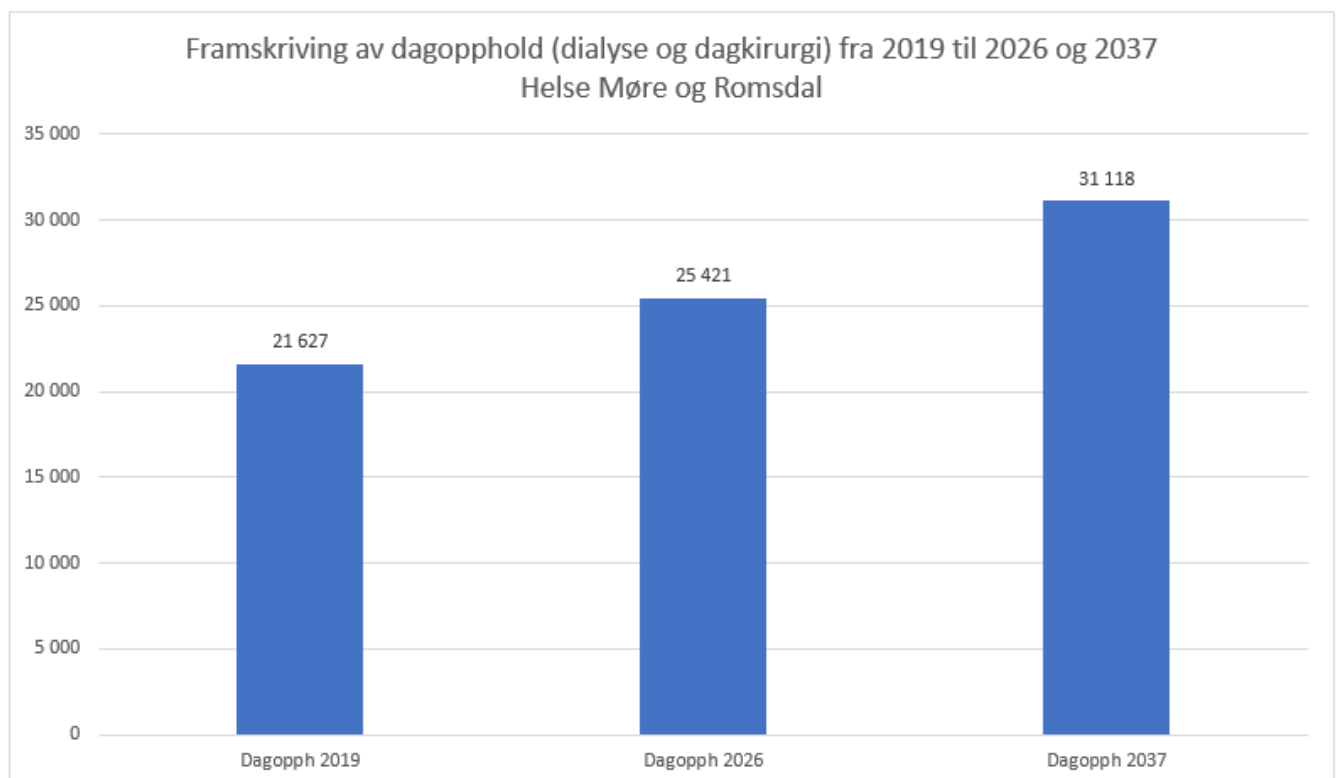


Figur 76 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB liggedøgn, Helse Møre og Romsdal HF

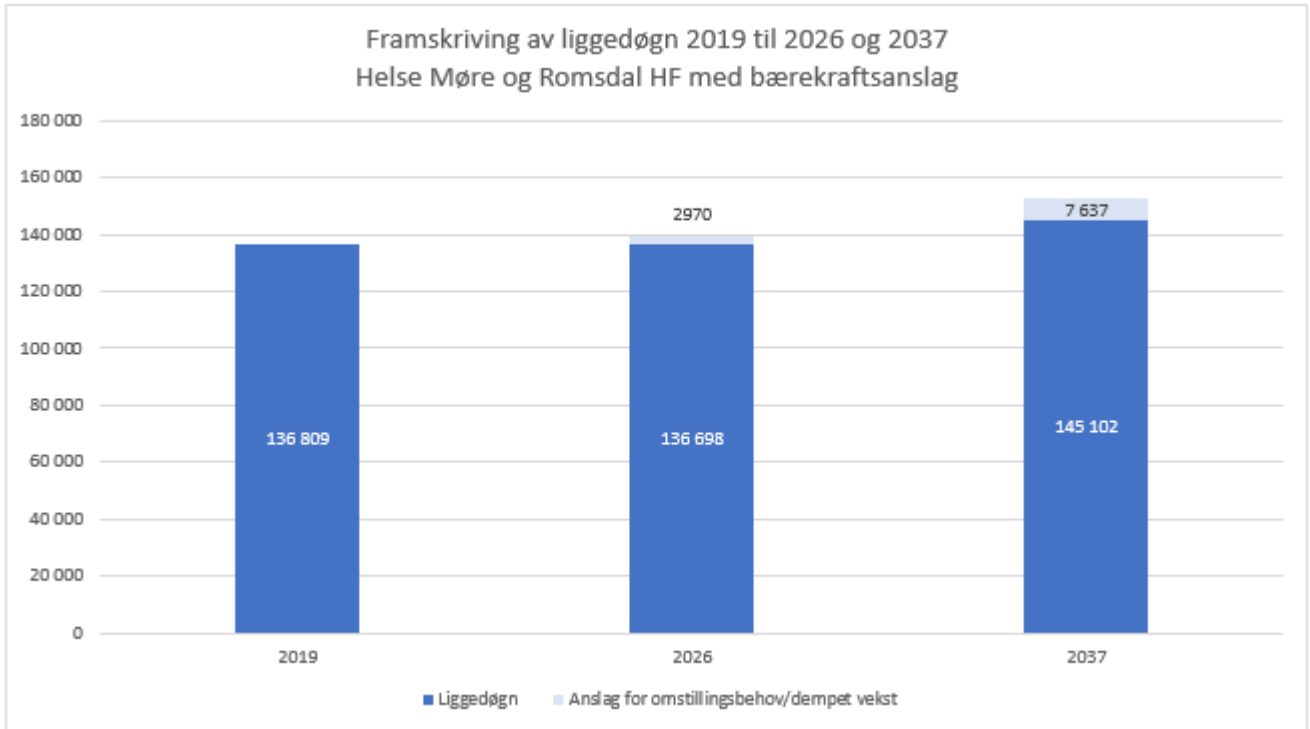
3.2.4 Somatikk



Figur 77 Utfordringsbilde somatikk polikliniske konsultasjoner, Helse Møre og Romsdal HF



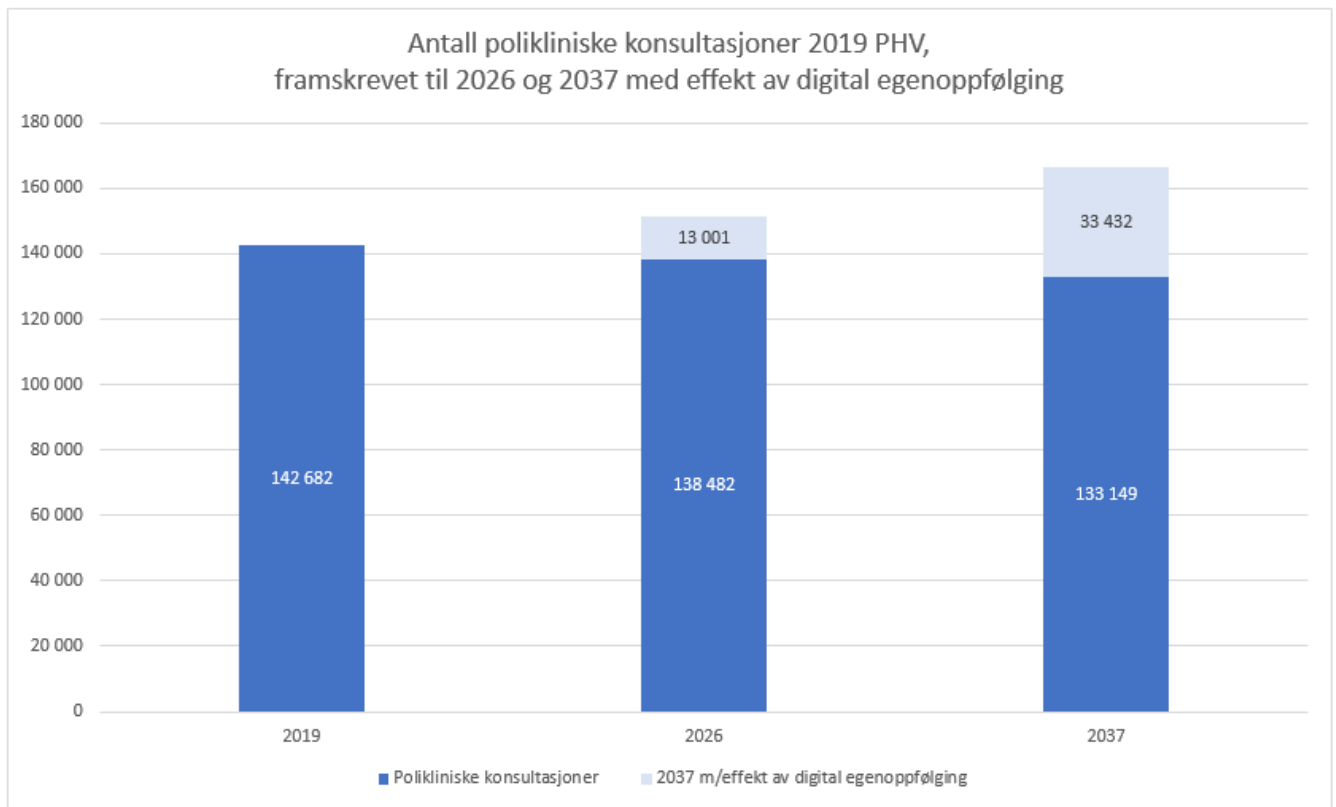
Figur 78 Utfordringsbilde somatikk dagbehandlinger, Helse Møre og Romsdal HF



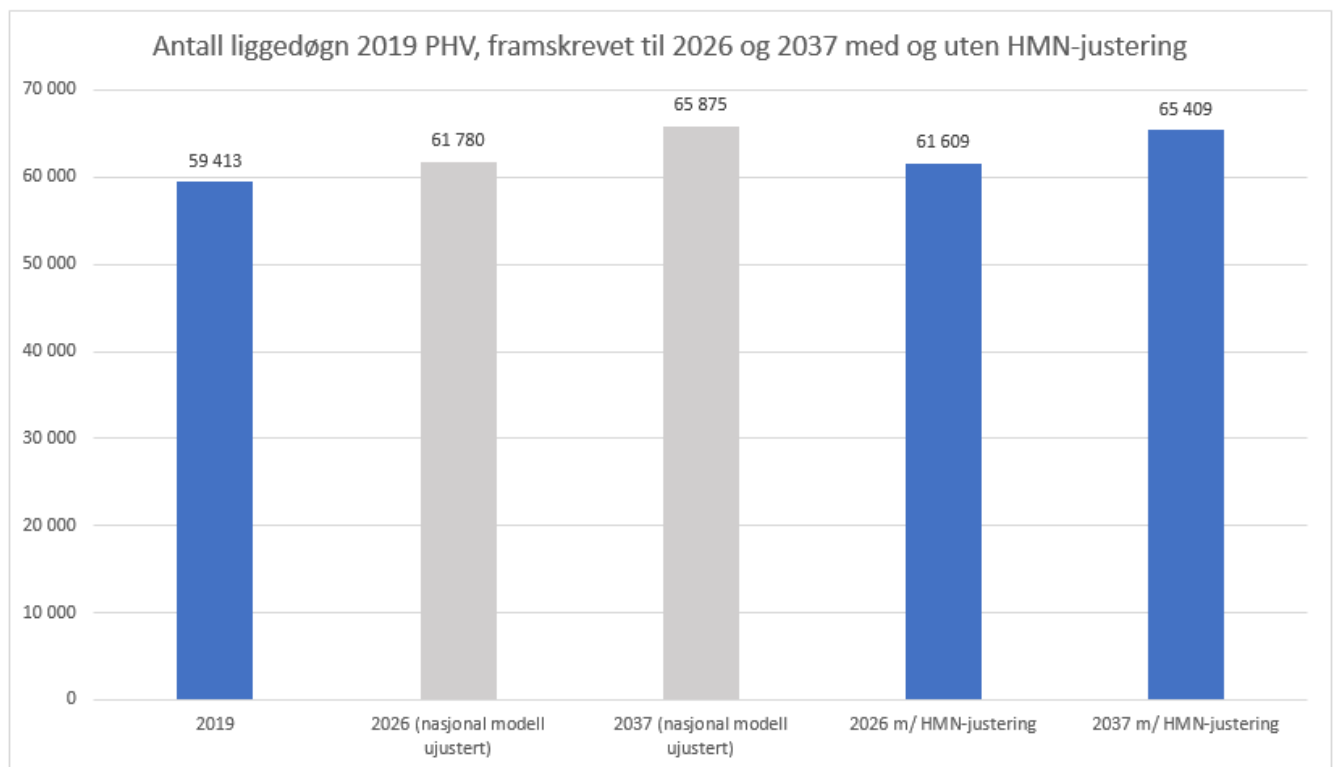
Figur 79 Utfordringsbilde somatikk liggedøgn, Helse Møre og Romsdal HF

3.3 Aktivitetsframskrivinger St. Olavs hospital HF

3.3.1 PHV

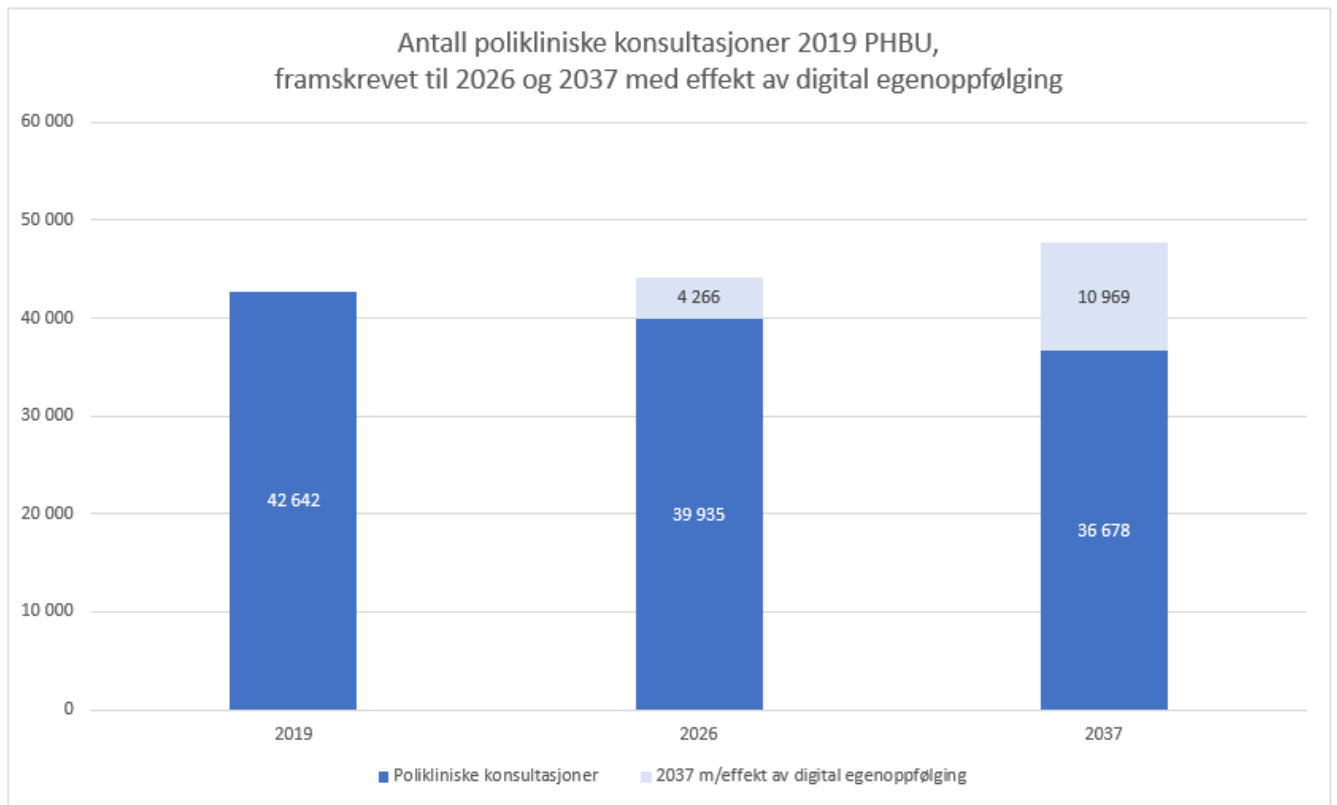


Figur 80 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF

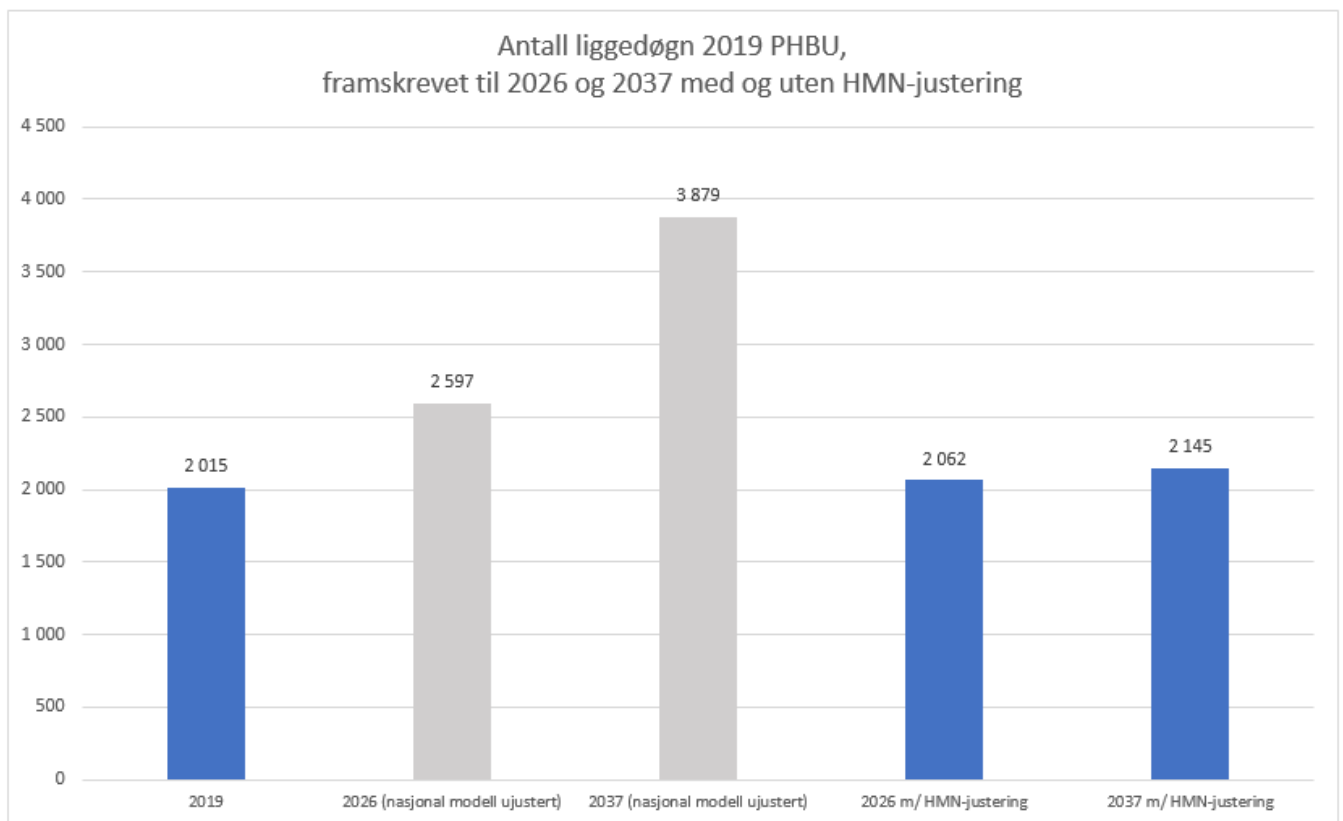


Figur 81 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV liggedøgn, St. Olavs hospital HF

3.3.2 PHBU

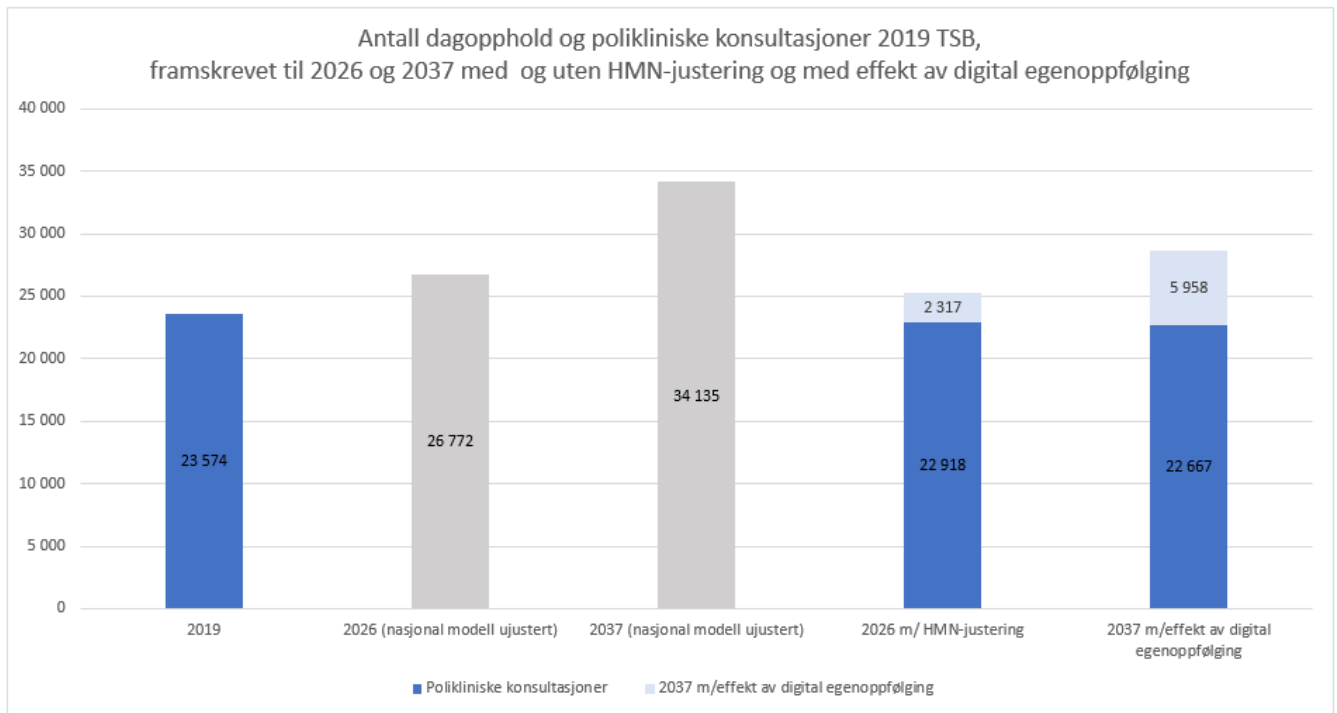


Figur 82 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHBU polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF

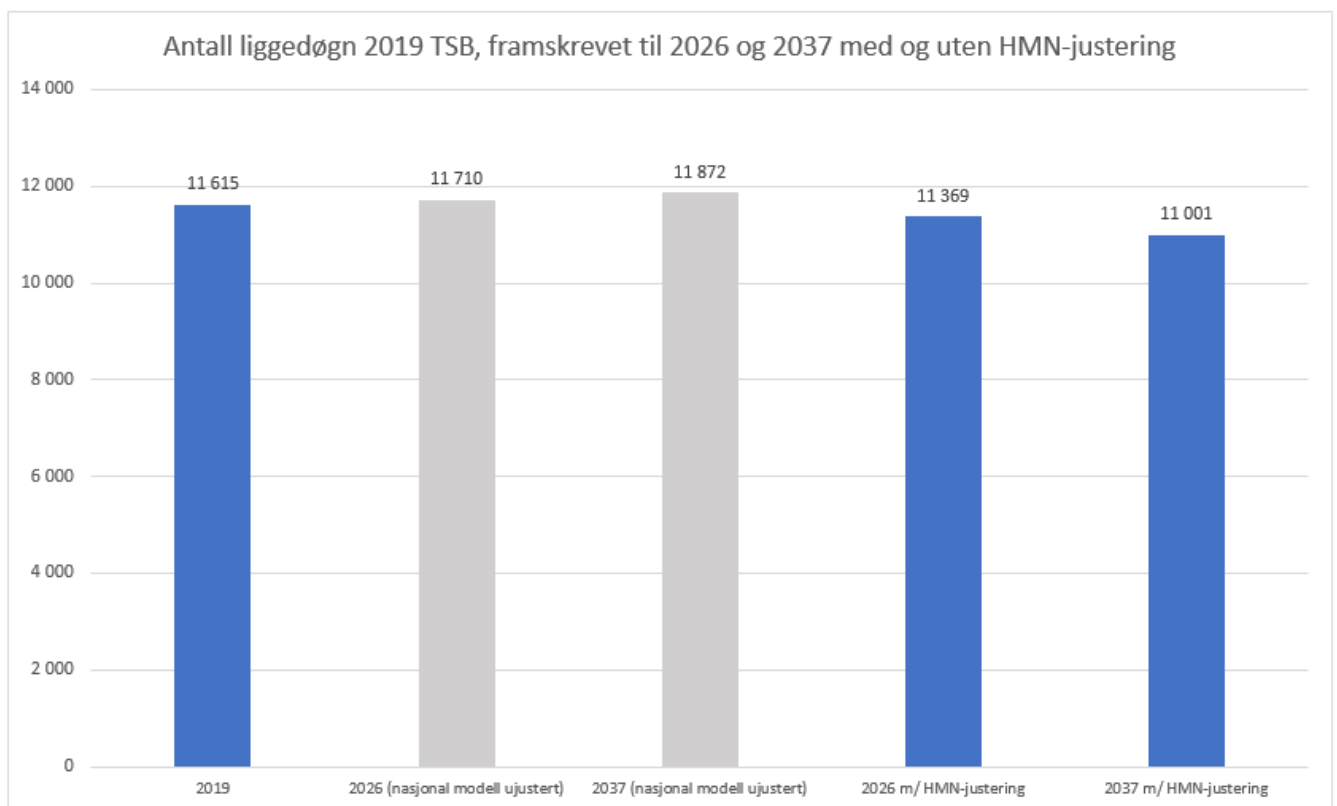


Figur 83 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV liggedøgn, St. Olavs hospital HF

3.3.3 TSB

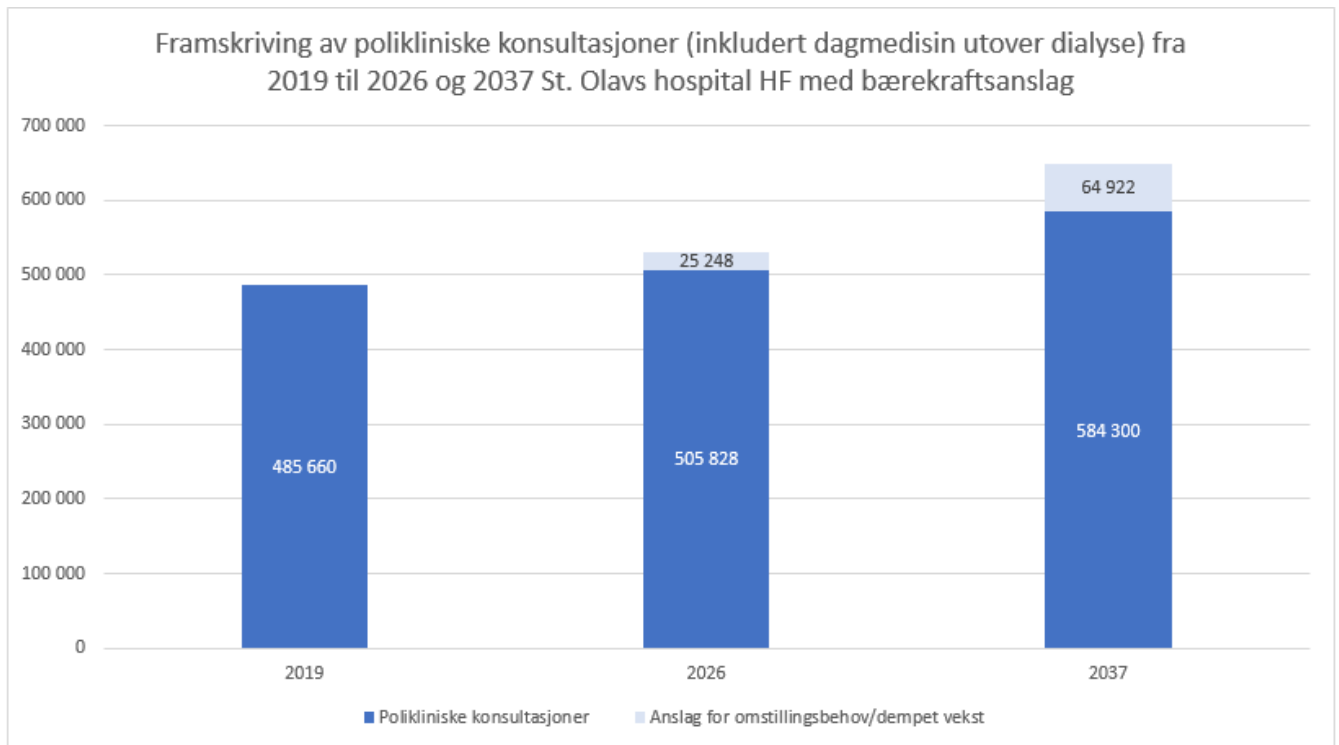


Figur 84 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF

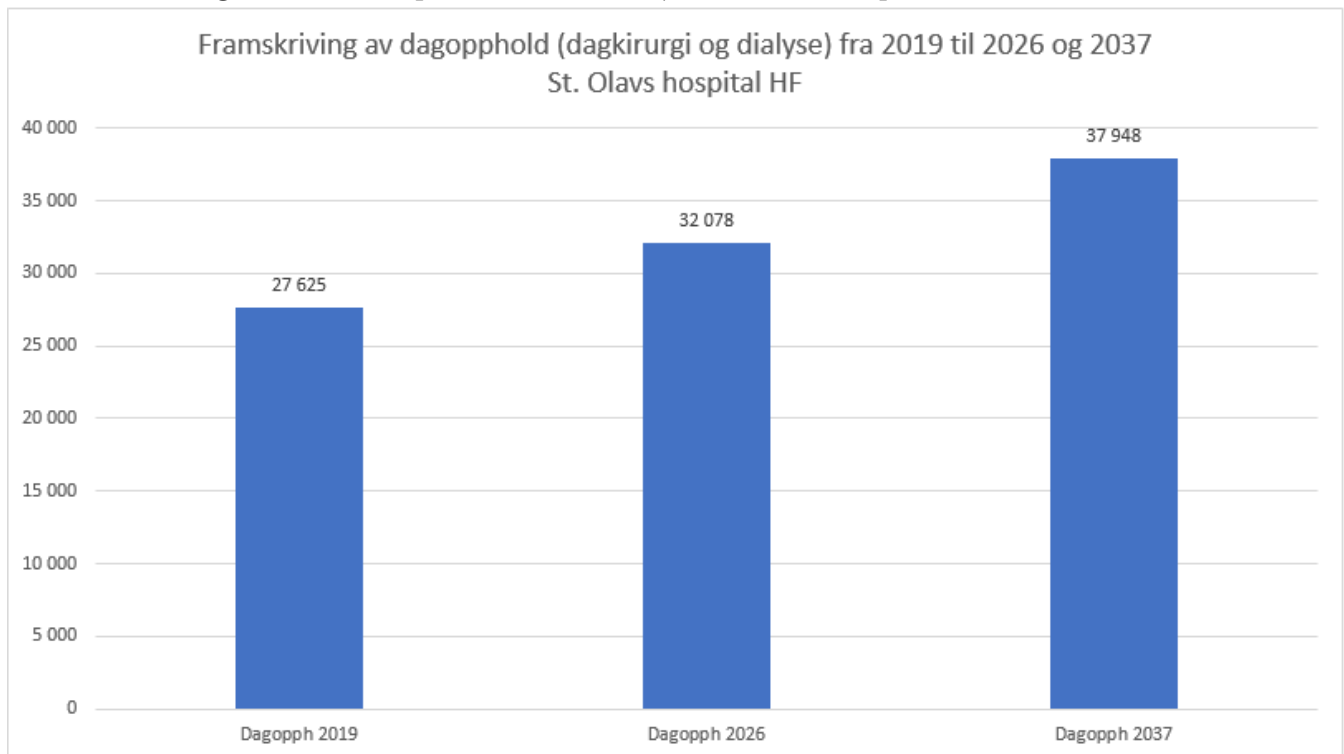


Figur 85 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB liggedøgn, St. Olavs hospital HF

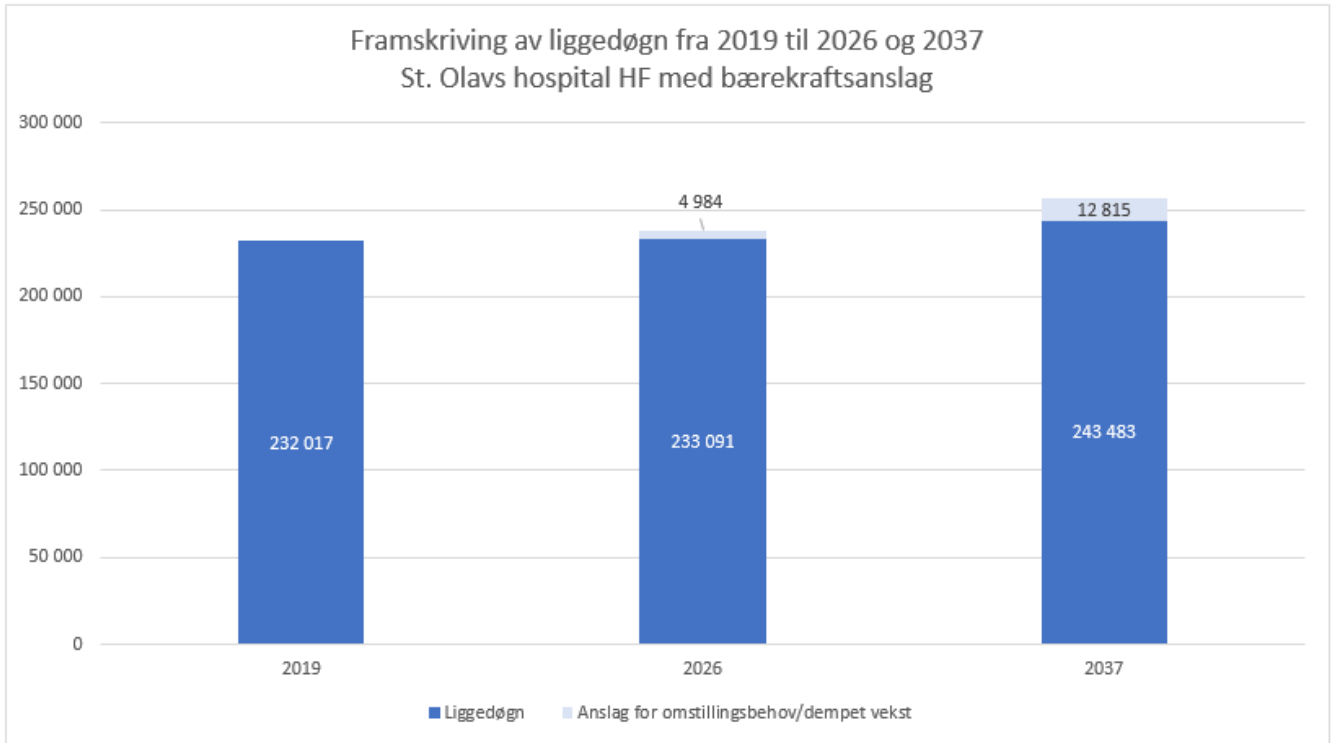
3.3.4 Somatikk



Figur 86 Utfordringsbilde somatikk polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF



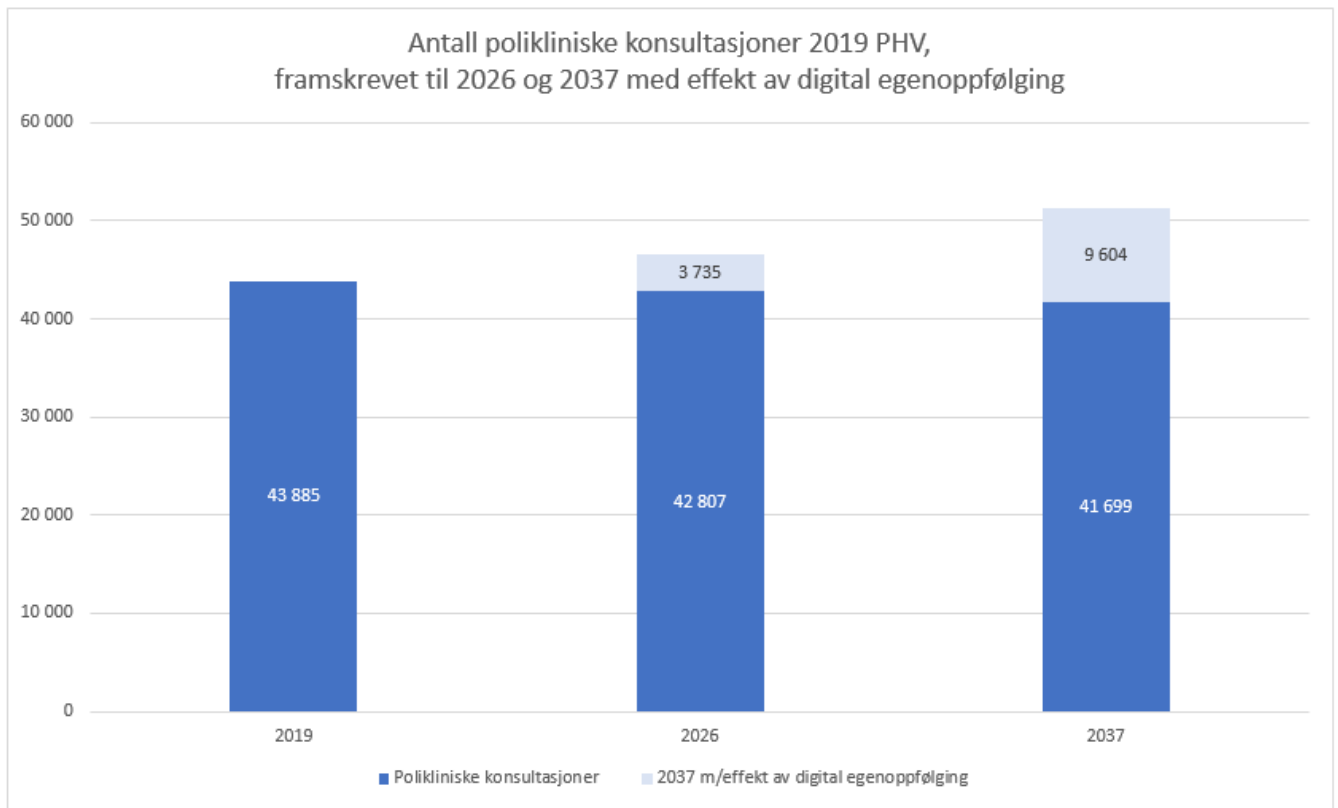
Figur 87 Utfordringsbilde somatikk dagbehandlinger, St. Olavs hospital HF



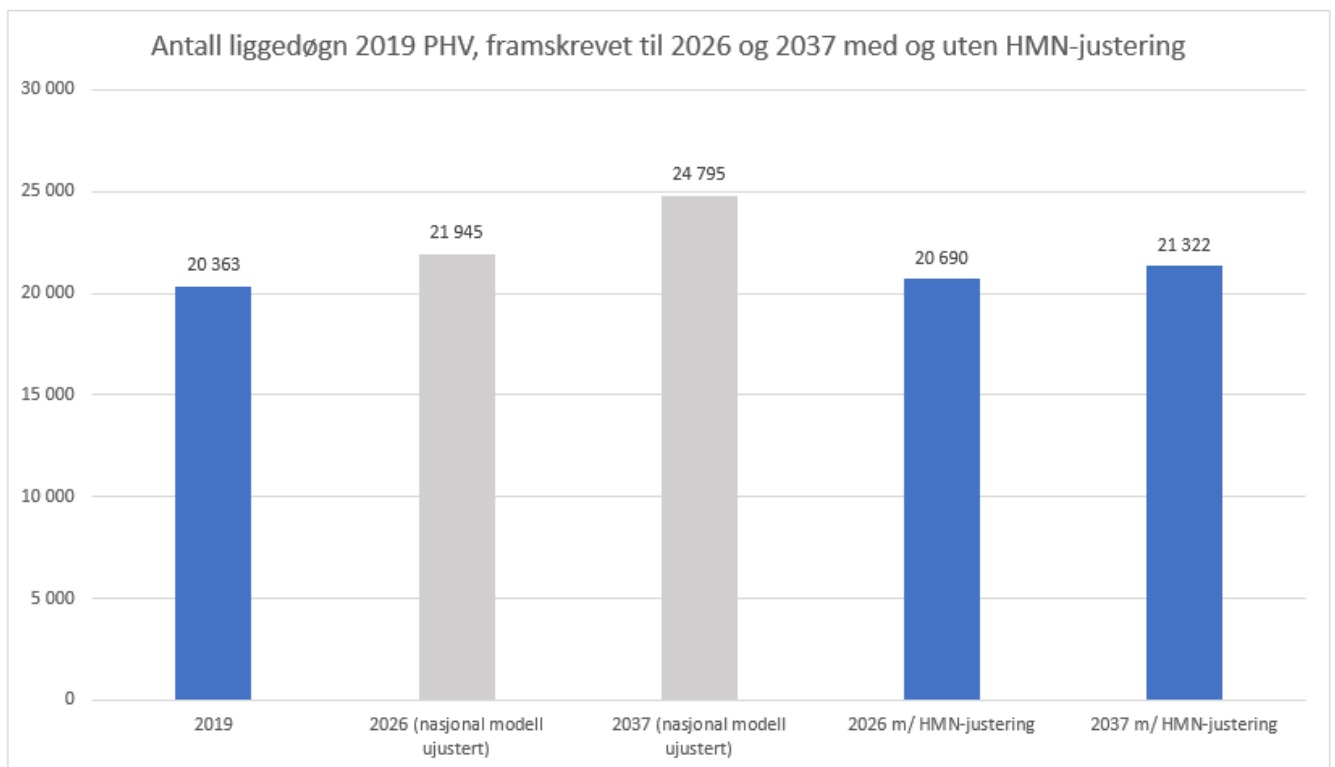
Figur 88 Utfordringsbilde somatikk liggedøgn, St. Olavs hospital HF

3.4 Aktivitetsframskrivinger Helse Nord-Trøndelag HF

3.4.1 PHV

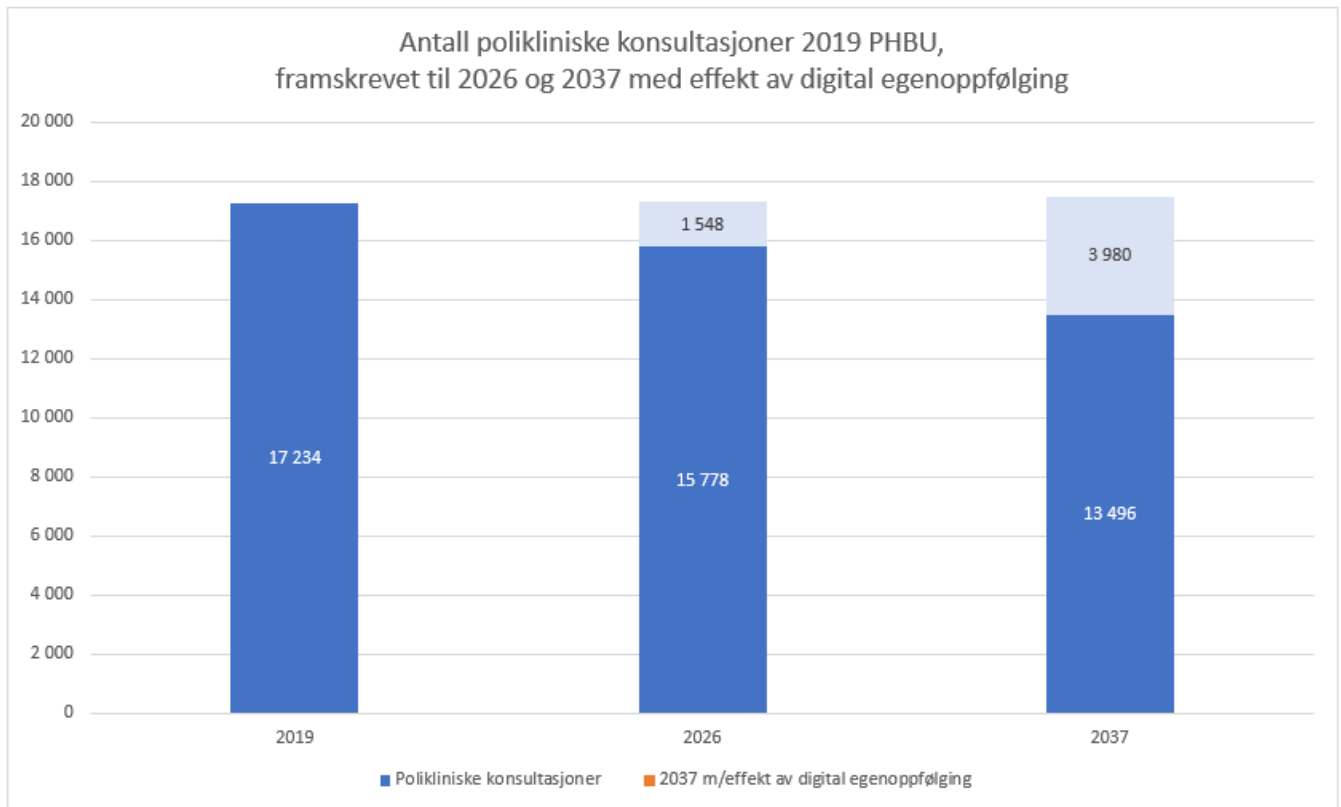


Figur 89 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV polikliniske konsultasjoner, Helse Nord-Trøndelag HF

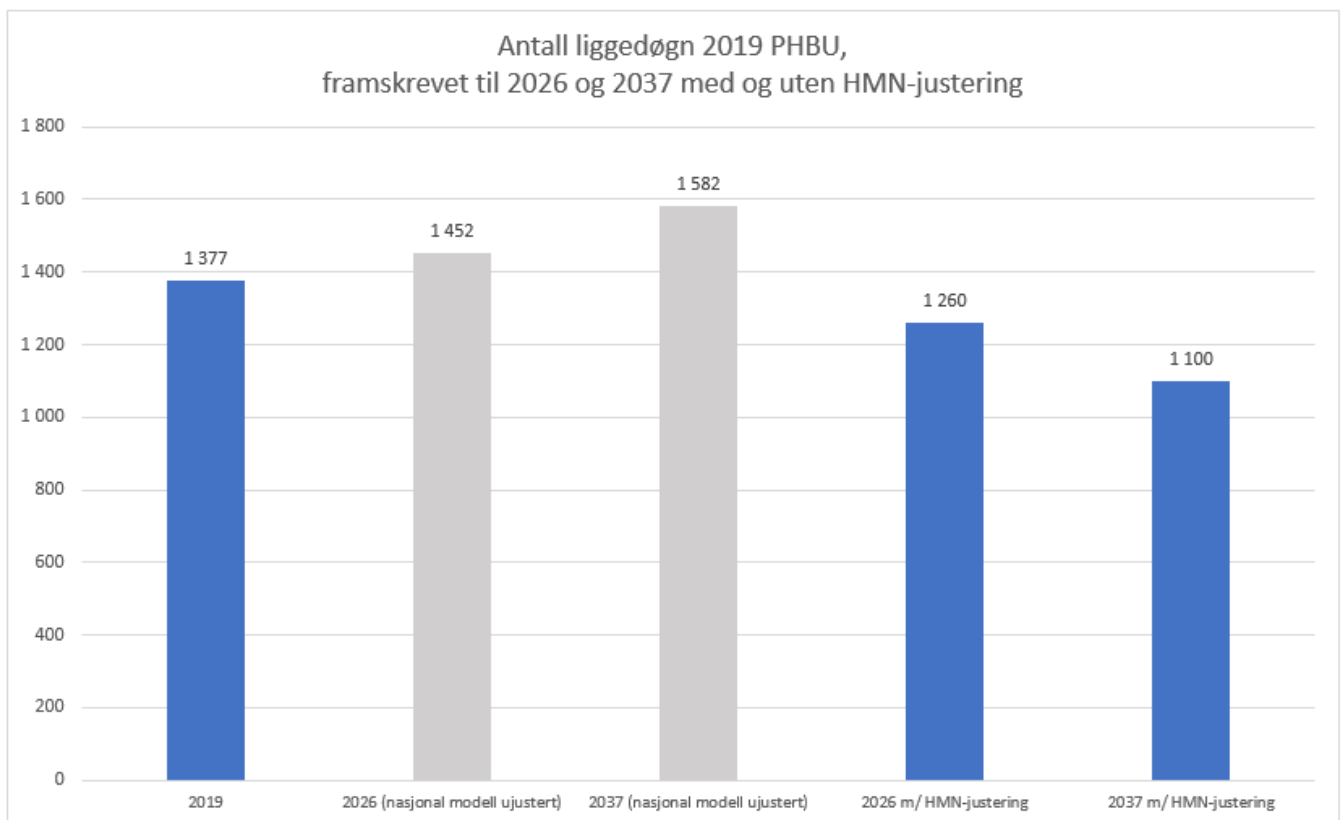


Figur 90 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV liggedøgn, Helse Nord-Trøndelag HF

3.4.2 PHBU

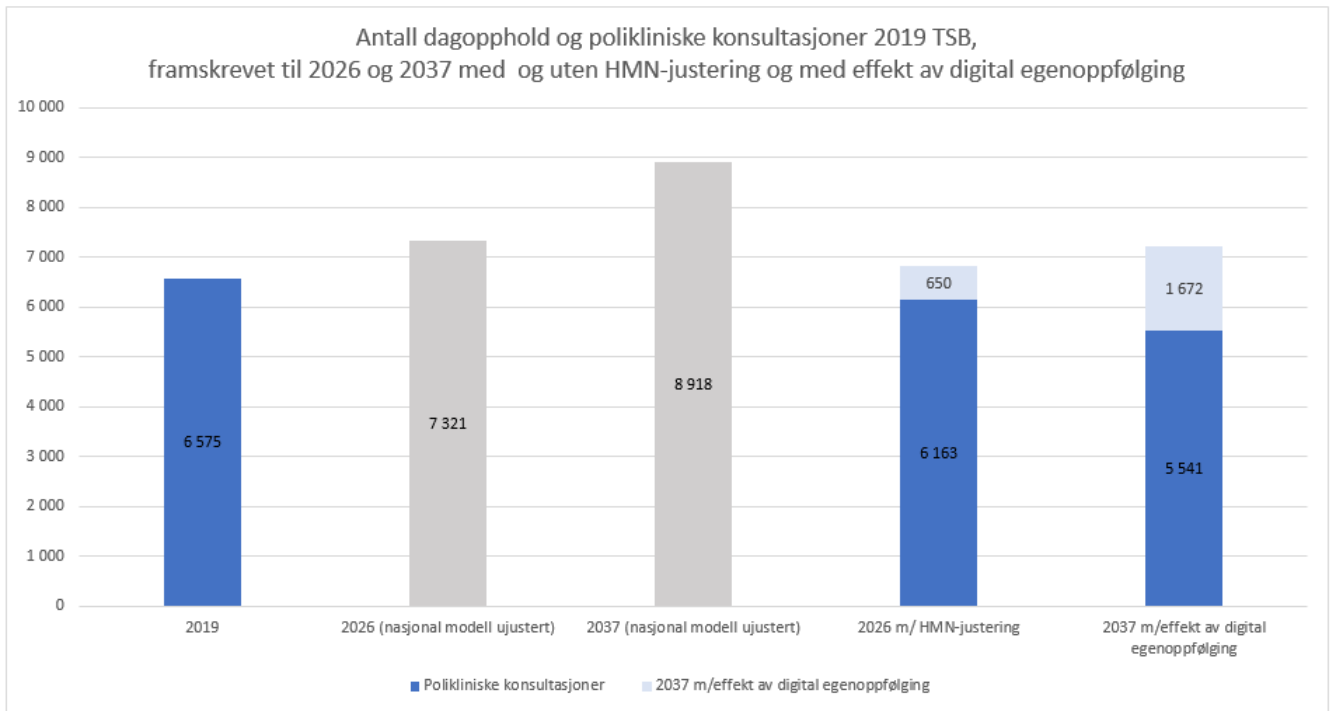


Figur 91 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHBU polikliniske konsultasjoner, Helse Nord-Trøndelag HF

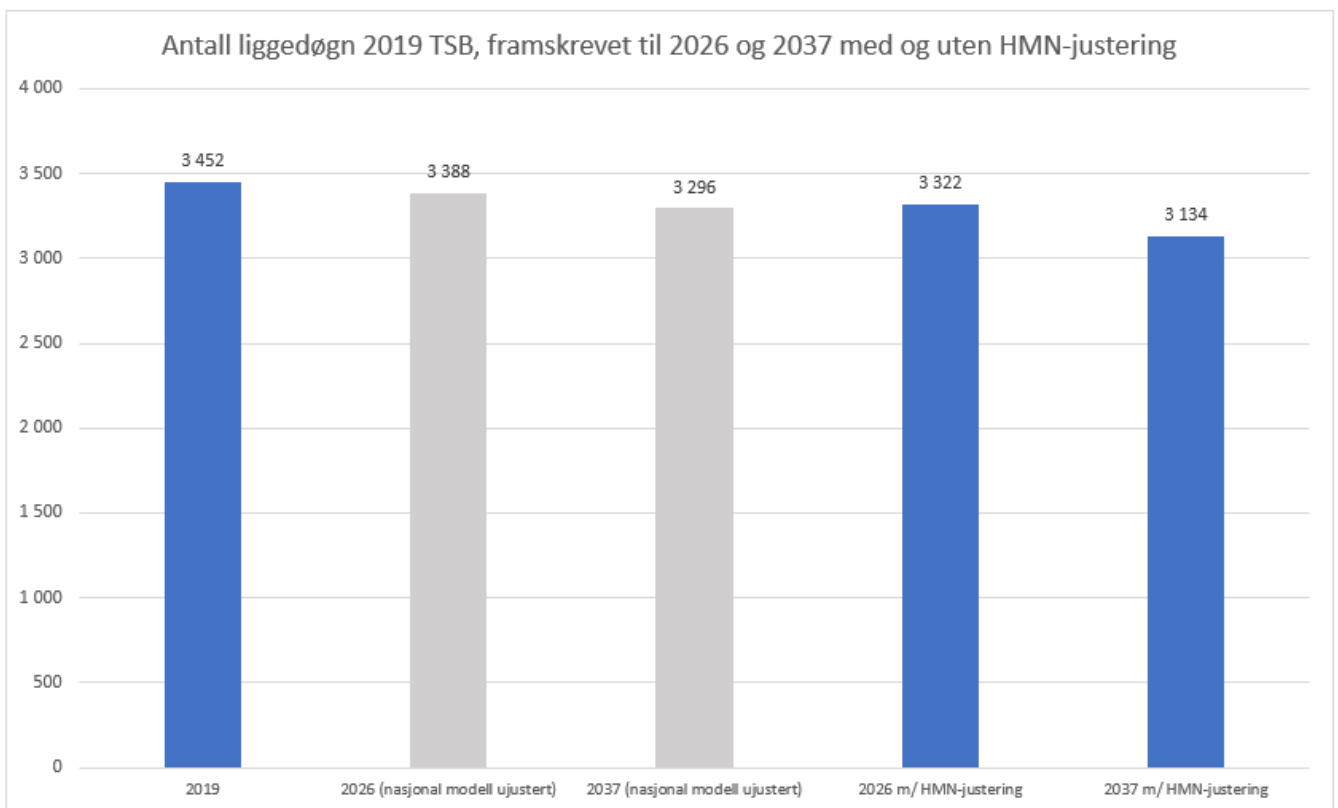


Figur 92 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV liggedøgn, Helse Nord-Trøndelag HF

3.4.3 TSB

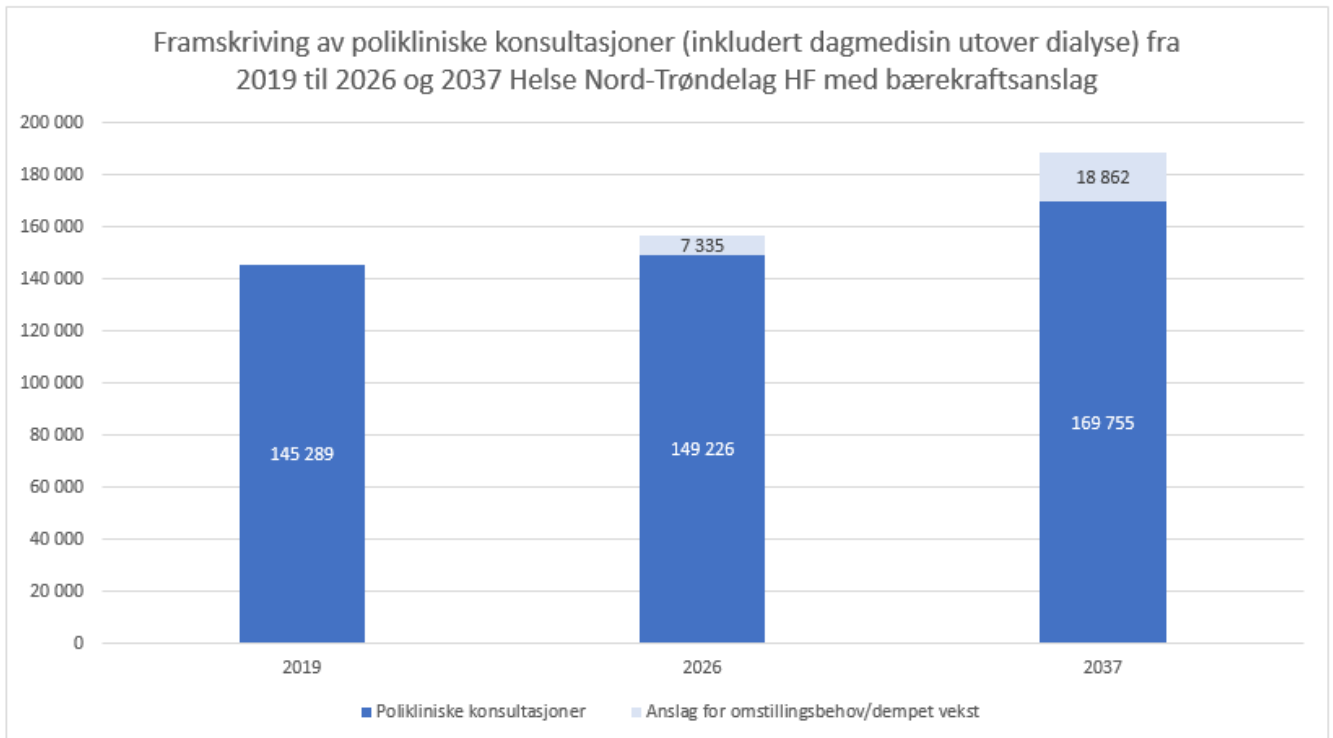


Figur 93 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB polikliniske konsultasjoner, Helse Nord-Trøndelag HF

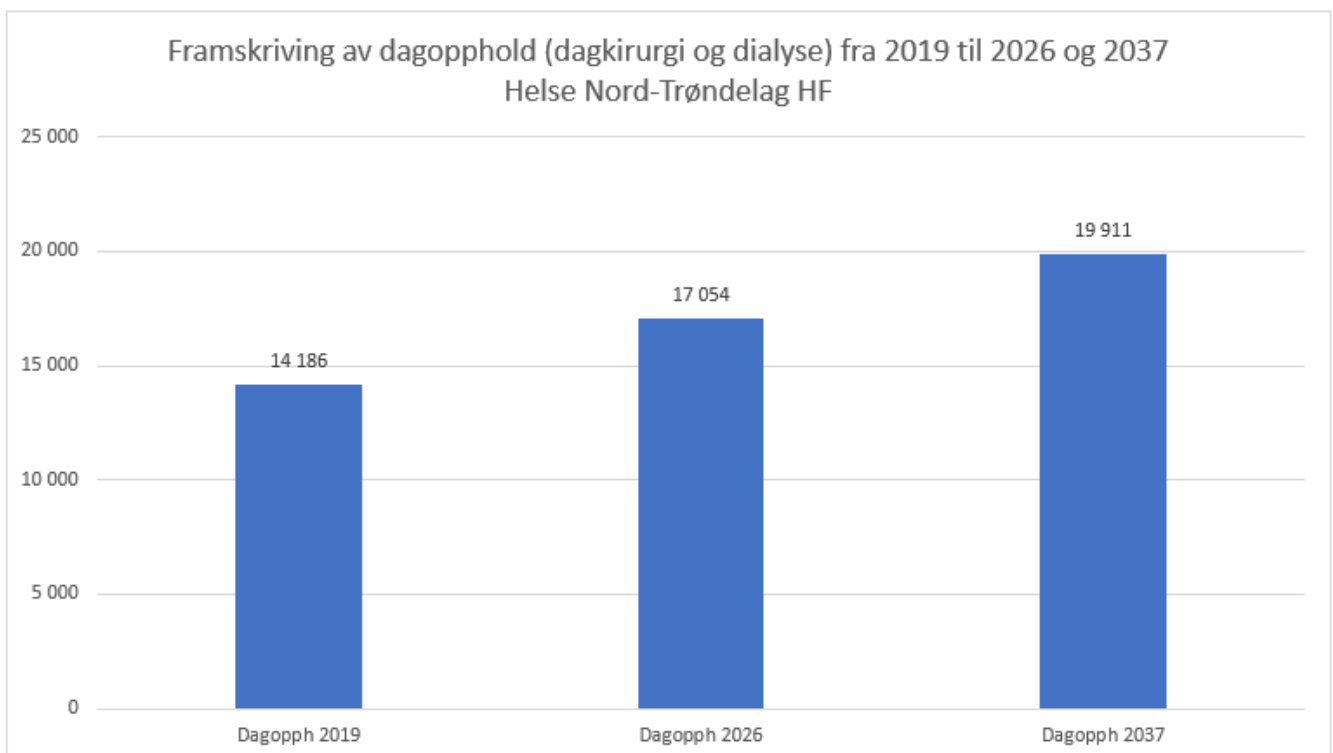


Figur 94 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB liggedøgn, Helse Nord-Trøndelag HF

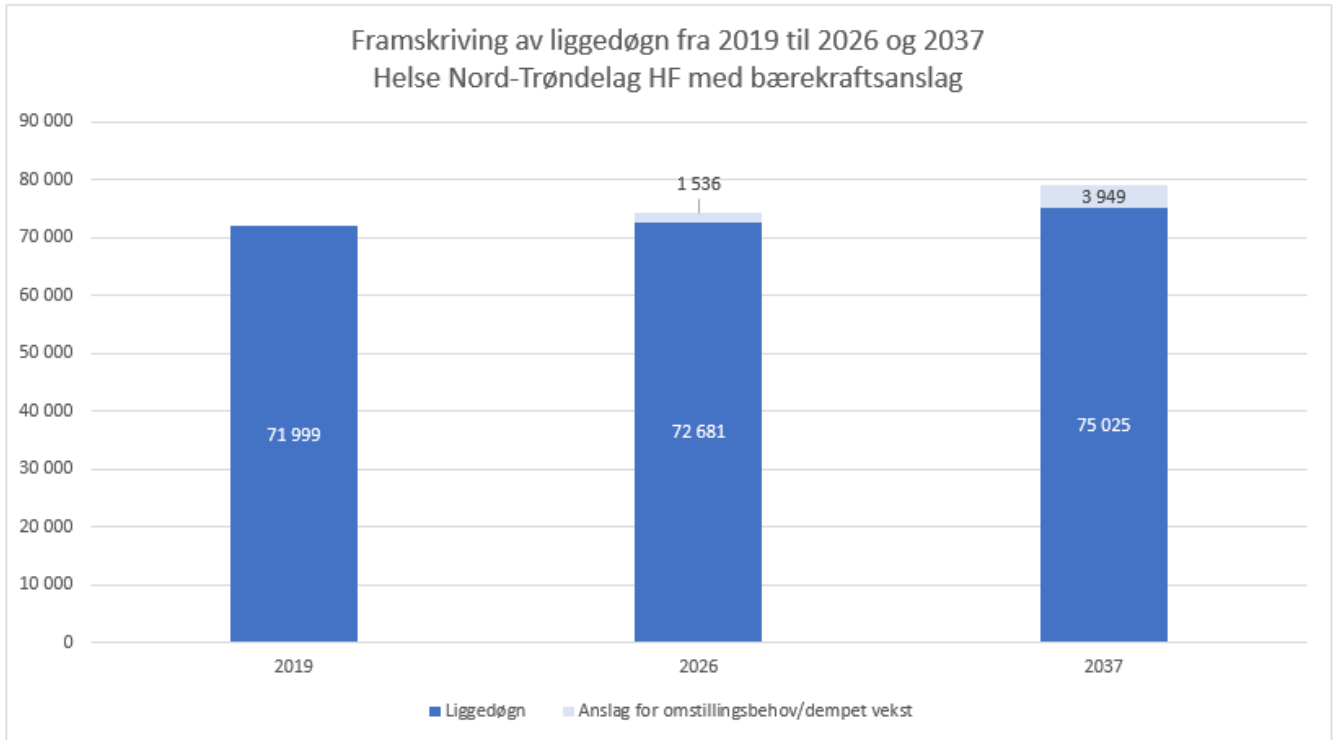
3.4.4 Somatikk



Figur 95 Utfordringsbilde somatikk polikliniske konsultasjoner, Helse Nord-Trøndelag HF



Figur 96 Utfordringsbilde somatikk dagbehandlinger, Helse Norge-Trøndelag HF



Figur 97 Utfordringsbilde somatikk liggedøgn, Helse Nord-Trøndelag HF

Bemanningsframskrivinger Helse Midt-Norge

De påfølgende kapitlene viser eksempler på framskriving av intensivsykepleiere, jordmødre og psykologer per helseforetak. For hver yrkesgruppe er det laget 3 scenarier. Scenario 0 har forholdsvis høy turnover, og en stillingsprosent og fraværspersent på nye medarbeidere på henholdsvis 90 og 20. Scenario 1 har lavere turnover. Scenario 2 har lavere turnover, samt at stillingsprosenten er skrudd opp og fraværet skrudd ned. Scenariene er satt opp dels for å gjenspeile virkeligheten (med realistiske tall for faktorene man kan skru på), og dels pedagogisk, for å vise effekten av faktorene.

Rekrutteringsbehovet er differansen mellom framskrevet beholdning og framskrevet behov. Det tas utgangspunkt i at dagens beholdningen og behov er sammenfallende. Dersom foretaket befinner seg i en situasjon der de er underbemannet, vil rekrutteringsbehovet underestimeres.

Dette er et eksempel på hvordan NBM kan brukes og hvordan scenarier kan settes opp. Det er viktig at scenariene er godt gjennomarbeidet sammen med fagfolk. Aktivitetsendringer og bemanningsrelasjonene bør også vurderes.

4 Intensivsykepleiere

4.1 Generell innledning

Intensivsykepleiere utdannes typisk ved å rekruttere fra sykepleiergruppen, hvor de søker en utdanningsstilling og deretter opptak ved videreutdanningen på universitetet. De får lønn under utdanning, i henhold til overenskomst mellom Spekter og Nord Sykepleierforbund (NSF). Det er derfor en tydelig sammenheng mellom antallet utdanningsstillinger helseforetaket får besatt og antallet som ansettes i stillinger som intensivsykepleier.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge har i perioden 2016-2020 i snitt ansatt 54 sykepleiere årlig i utdanningsstillinger for intensivsykepleiere. Som følge av krav i oppdragsdokumentet for 2021 er antallet budsjetterte utdanningsstillinger i regionen nå 71.

De følgende avsnittene viser eksempler på behov for årlig rekruttering av intensivsykepleiere for å dekke kompetansegapet. Summen av behovet for de tre helseforetakene i 0-scenariene er på 65 personer per år.

Dette er høyere enn gjennomsnittlig antall ansatte i utdanningsstilling de siste årene, men tilsynelatende lavere enn budsjettert antall utdanningsstillinger i 2021 (71).

I realiteten er behovet i regionen **høyere** enn dette, som det fremgår i innledende bemerkninger i avsnitt 4.2 – 4.4 under.

4.2 Intensivsykepleiere St. Olavs hospital

4.2.1 Innledning

I perioden 2016-2020 har St. Olavs hospital (St. Olav) ansatt mellom 23-35 kandidater årlig i utdanningsstilling (et snitt på 31,6). For 2021 har helseforetaket budsjettert med 42 utdanningsstillinger.

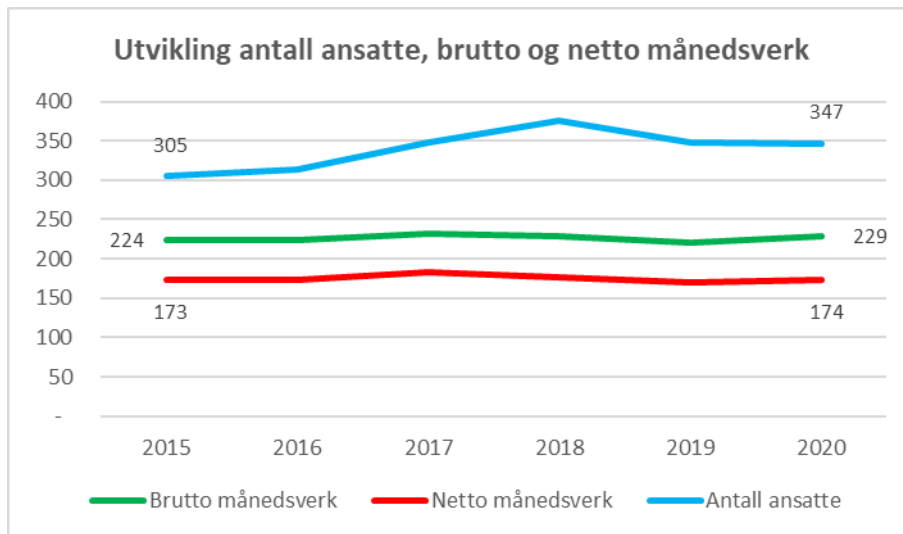
Utgangspunktet i dette kapitlet bærer preg av at det i lengre tid har vært utfordrende å rekruttere et tilstrekkelig antall nye intensivsykepleiere, og at antallet som har tatt videreutdanning har vært lavere enn behovet tilsier over tid. Antallet intensiv*pasienter* følger av naturlige årsaker aktivitetsveksten, avhengig av dette. Som konsekvens utføres endel oppgaver bl.a. av autoriserte sykepleiere som har fått intern opplæring. Disse inngår av tekniske årsaker ikke i tallgrunnlaget for utviklingen i antall ansatte nedenfor (verken for personer eller månedsverk). Fagmiljøene peker på at dette ikke er en ønskelig situasjon.

Det er et betydelig antall ubesatte stillinger for intensivsykepleiere, og i tolkningen av tallene nedenfor må det derfor tas høyde for at

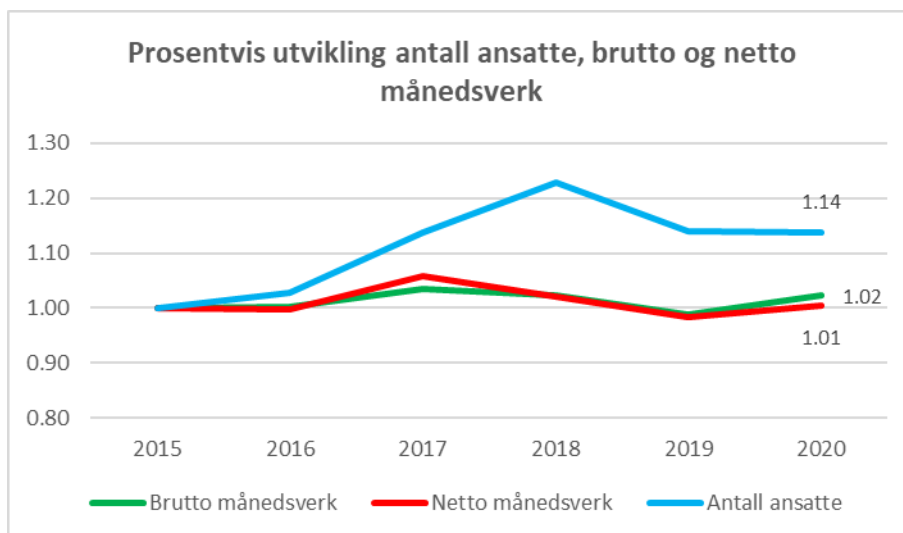
- Antallet netto månedsverk ikke gjenspeiler reelt aktivitetsnivå
- Antallet som må rekrutteres inn i de forskjellige scenario-analysene i realiteten er **høyere**

4.2.2 Historisk trend²²

Figur 98 og Figur 99 viser utviklingen i antall ansatte, brutto og netto månedsverk for intensivsykepleiere ansatt ved St. Olav for 2015-2020.



Figur 98: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).



Figur 99: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

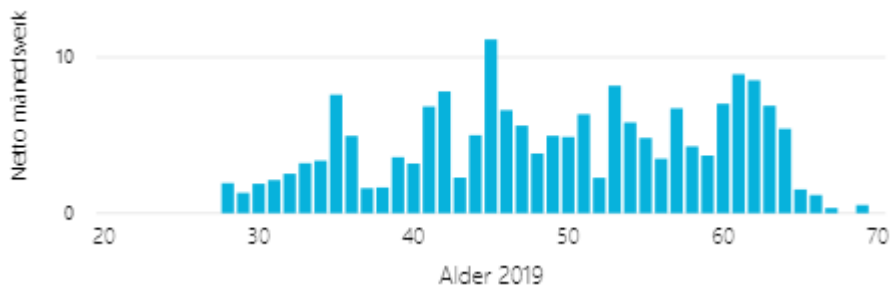
²²Måltallene antall ansatte, brutto månedsverk og netto månedsverk inkluderer faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger. Innleie er ikke inkludert. Antall ansatte er et snitt for året. Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjon, sykdom og annet fravær og er det samme som det bemanningen koster (tilsvarende antall årsverk). Netto månedsverk er brutto månedsverk minus fravær. Dette viser den faktiske bemanning som er på jobb.

4.2.3 Tilgjengelig kapasitet

Utgangspunktet for framskriving av intensivsykepleiere er netto månedsverk for mai 2019 (184 netto månedsverk), som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Som nevnt innledningsvis er dette sannsynligvis ikke tilfelle for St. Olav. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:

Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent ²³	3
Stillingsprosent	88
Fraværprosent	17
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på intensivsykepleiere. I mai 2019 var andelen over 50 år 33 prosent. Dette hensyntas i NBM, se Figur 100.



Figur 100: Aldersfordeling for netto månedsverk produsert (Kilde: NBM, med tall fra HMN HR-konsernkube).

4.2.4 Framskriving - demografi

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor fagområdet som treffer intensivsykepleieren (i NBM er intensivsykepleieren i hovedsak relatert til fagområdet tilknyttet leger innen anesthesiologi, hjertesykdommer, lungesykdommer og kirurgi) beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på rundt 25 prosent. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

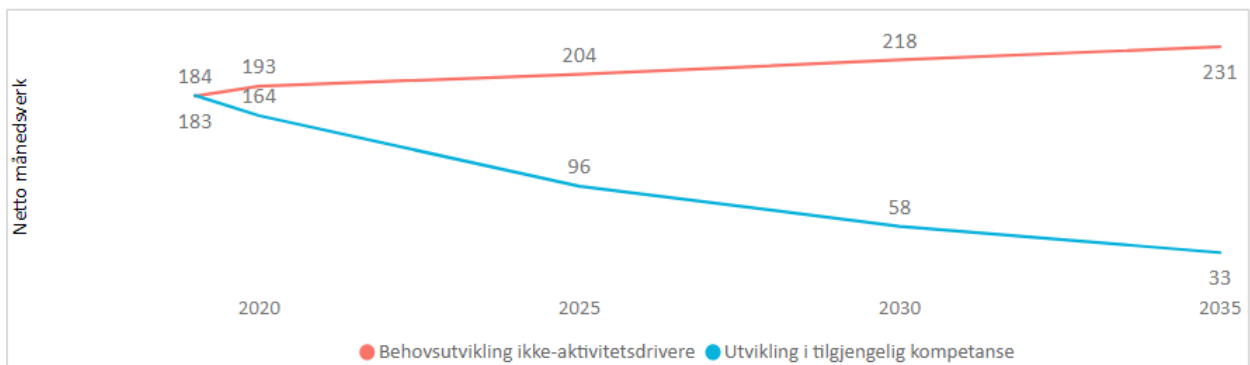
Demografi er en viktig driver som vil påvirker behov for intensivsykepleiere i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering). I scenarioberegningene i Tabell 20 er det kun befolkningsvekst som legges til grunn.

²³ Turnover for fast ansatte intensivsykepleiere er 2.7 prosent i 2020 (kilde: HMN HR-konsernkube).

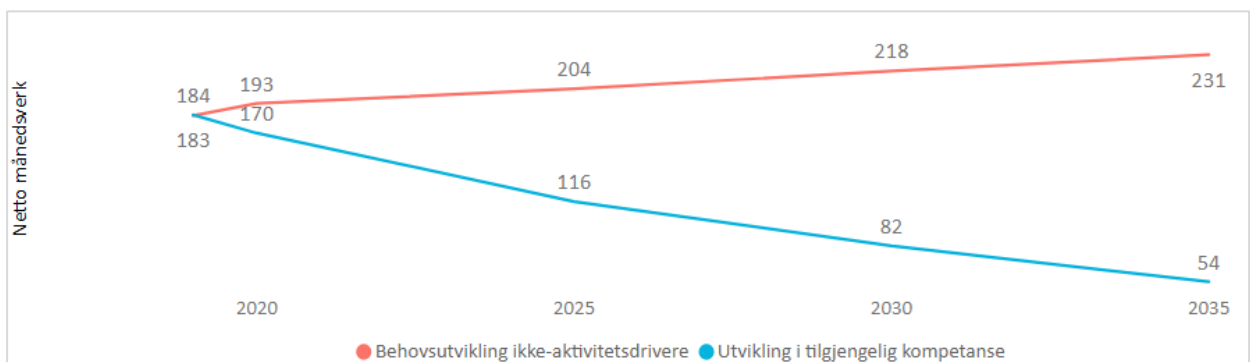
Tabell 20: Scenarier for framskriving av intensivsykepleiere.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst på ca 25 %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	Ingen rekruttering av nye intensivsykepleiere gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	198 (231-33)	177 (231-54)	177 (231-54)
	Turnover (%)	6	3	3
	Stillingsprosent nåværende/ stillingsprosent nye	88/90	88/90	88/100
	Fraværprosent nåværende/ fraværprosent nye	17/20	17/20	17/15
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	Må rekruttere antall intensivsykepleiere årlig for å dekke kompetansegap	27	19	16

For scenario 0 må man rekruttere 27 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 198 intensivsykepleiere i år 2035, se Figur 101. For scenario 1 må man rekruttere 19 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 177 intensivsykepleiere i år 2035, se Figur 102. For scenario 2 må man rekruttere 16 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 177 intensivsykepleiere i år 2035.



Figur 101: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 0 (Kilde: NBM).



Figur 102: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 1 og 2 (Kilde: NBM).

4.2.5 Framskriving – Sykehusbyggmodellen

Ved å benytte framskrivingen av aktivitet estimert ved Sykehusbyggmodellen, vil behovet endre seg. For intensivsykepleieren vil behovet gå fra 231 intensivsykepleiere i 2035 (kun demografi) til 222 (Sykehusbyggmodellen) intensivsykepleiere. Dette gjør at rekrutteringsbehovet går noe ned, til henholdsvis 26, 18 og 15 for scenario 0, 1 og 2, gitt at alle andre faktorer i Tabell 20 holdes fast.

4.2.6 Kort oppsummering

Vi ser av disse tre scenariene at tilgjengelig kompetanse er sensitiv i forhold til turnover. Når vi øker stillingsprosenten fra 90 til 100 prosent for nyansettelser samtidig med at brutto fravær reduseres fra 20 til 15 prosent gir dette en forholdsvis liten gevinst (3 færre å rekruttere hvert år). Ved å halvere turnover (fra 6 til 3 prosent) reduseres rekrutteringen med 8 (fra 27 til 19).

4.3 Intensivsykepleiere Helse Møre og Romsdal

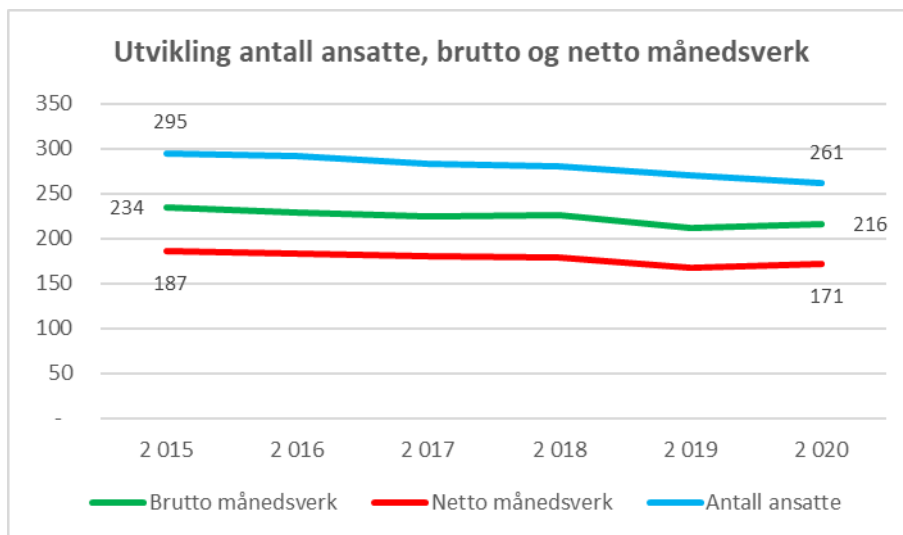
4.3.1 Innledning

I perioden 2016-2020 har Helse Møre og Romsdal ansatt mellom 11-17 kandidater årlig i utdanningsstilling (et snitt på 12,6). For 2021 har helseforetaket budsjettert med 17 utdanningsstillinger.

Helse Møre og Romsdal har hatt en reell nedgang i antall ansatte intensivsykepleiere siden 2015. Det må derfor tas høyde for hvorvidt dette er en ønsket utvikling i tolkningen av premisset om at scenariene dekker dagens behov.

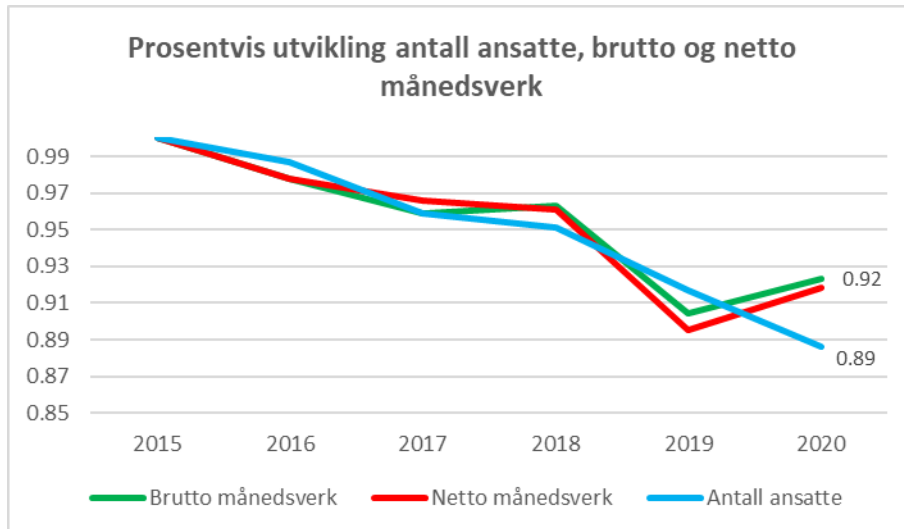
4.3.2 Historisk trend²⁴

Figur 103 og Figur 104 viser utviklingen i antall ansatte, brutto og netto månedsværk for intensivsykepleiere ansatt ved Helse Møre og Romsdal (HMR) for 2015-2020.



Figur 103: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsværk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

²⁴Måltallene antall ansatte, brutto månedsværk og netto månedsværk inkluderer faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger. Innleie er ikke inkludert. Antall ansatte er et snitt for året. Brutto månedsværk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjon, sykdom og annet fravær og er det samme som det bemanningen koster (tilsvarende antall årsværk). Netto månedsværk er brutto månedsværk minus fravær. Dette viser den faktiske bemanning som er på jobb.



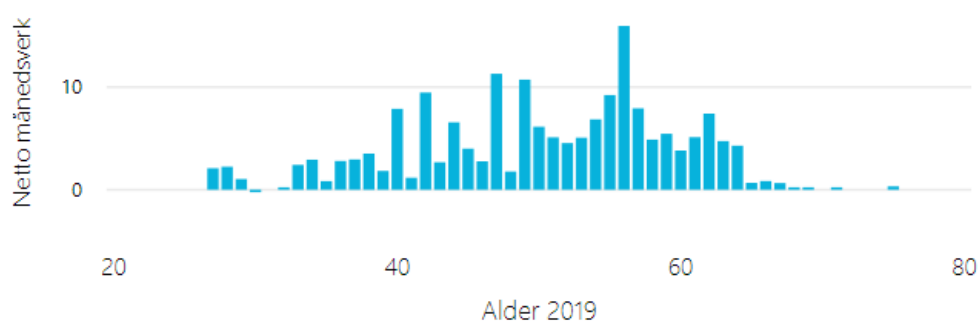
Figur 104: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

4.3.3 Tilgjengelig kapasitet

Utgangspunktet for framskriving av intensivsykepleiere er netto månedsverk for mai 2019 (180 netto månedsverk), som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:

Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent ²⁵	3
Stillingsprosent	93.4
Fraværprosent	15
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på intensivsykepleiere. I mai 2019 var andelen over 50 år 52 prosent. Dette hensyntas i NBM, se Figur 105.



Figur 105: Aldersfordeling for netto månedsverk produsert (Kilde: NBM, med tall fra HMN HR-konsernkube).

4.3.4 Framskriving - demografi

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor fagområdet som treffer intensivsykepleieren (i NBM er intensivsykepleieren i hovedsak relatert til fagområdet tilknyttet leger innen anestesioologi, hjertesykdommer, lungesykdommer og kirurgi) beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på rundt 30 prosent. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

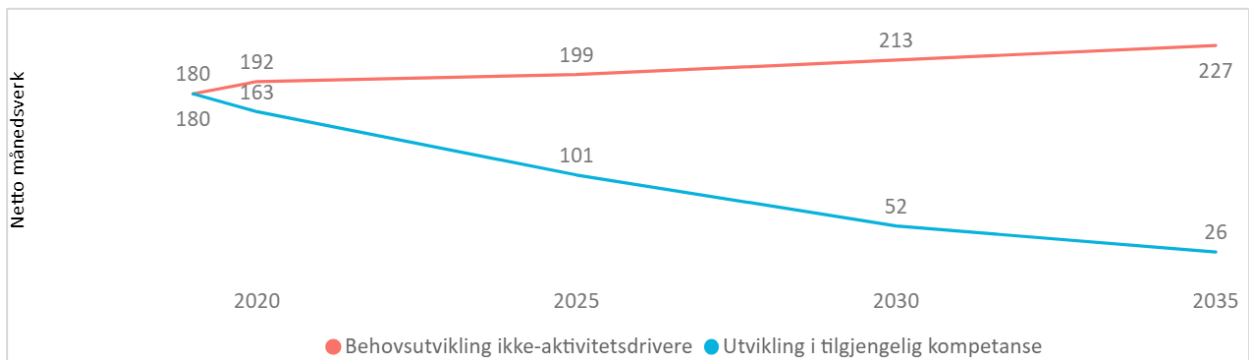
²⁵ Turnover for fast ansatte intensivsykepleiere er 2.5 % (kilde: HMN HR-konsernkube).

Demografi er en viktig driver som vil påvirker behov for intensivsykepleiere i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering). I scenarioberegningene i Tabell 21 er det kun befolkningsvekst som legges til grunn.

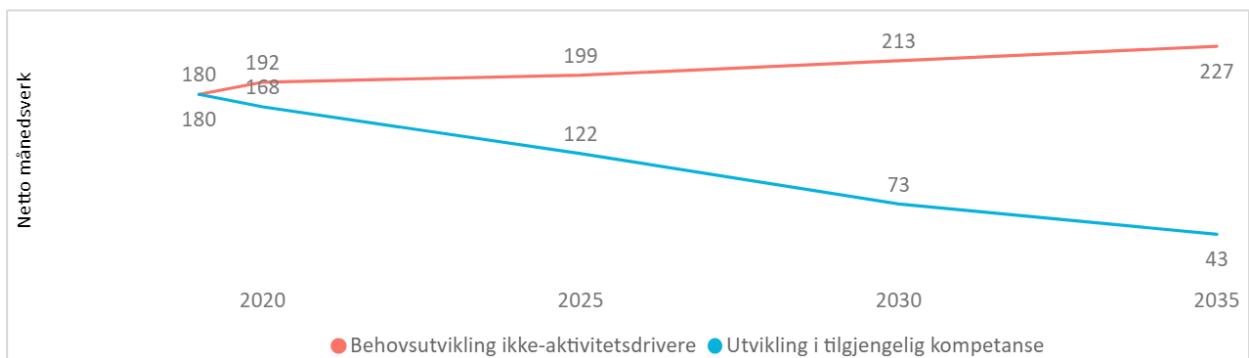
Tabell 21: Scenarier for framskriving av intensivsykepleiere.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst på ca 30 %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	Ingen rekruttering av nye intensivsykepleiere gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	201 (227-26)	184 (227-43)	184 (227-43)
	Turnover (%)	6	3	3
	Stillingsprosent nåværende/ stillingsprosent nye	93.4/90	93.4/90	93.4/100
	Fraværprosent nåværende/ fraværprosent nye	15/15	15/15	15/10
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	Må rekruttere antall intensivsykepleiere årlig for å dekke kompetansegap	26	19	16

For scenario 0 må man rekruttere 26 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 201 intensivsykepleiere i år 2035, se Figur 106. For scenario 1 må man rekruttere 19 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 184 intensivsykepleiere i år 2035, se Figur 107. For scenario 2 må man rekruttere 16 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 184 intensivsykepleiere i år 2035.



Figur 106: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 0 (Kilde: NBM).



Figur 107: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 1 og 2 (Kilde: NBM).

4.3.5 Framskriving – Sykehusbyggmodellen

Ved å benytte framskrivingen av aktivitet estimert ved Sykehusbyggmodellen, vil behovet endre seg. For intensivsykepleieren vil behovet gå fra 227 intensivsykepleiere i 2035 (kun demografi) til 219 (Sykehusbyggmodellen) intensivsykepleiere. Dette gjør at rekrutteringsbehovet går noe ned, til henholdsvis 25, 18 og 15 for scenario 0, 1 og 2, gitt at alle andre faktorer i Tabell 21 holdes fast.

4.3.6 Kort oppsummering

Vi ser av disse tre scenariene at tilgjengelig kompetanse er sensitiv i forhold til turnover. Når vi øker stillingsprosenten fra 90 til 100 prosent for nyansettelser samtidig med at brutto fravær reduseres fra 15 til 10 prosent gir dette en forholdsvis liten gevinst (3 færre å rekruttere hvert år). Ved å halvere turnover (fra 6 til 3 prosent) reduseres rekrutteringen med 7 (fra 26 til 19).

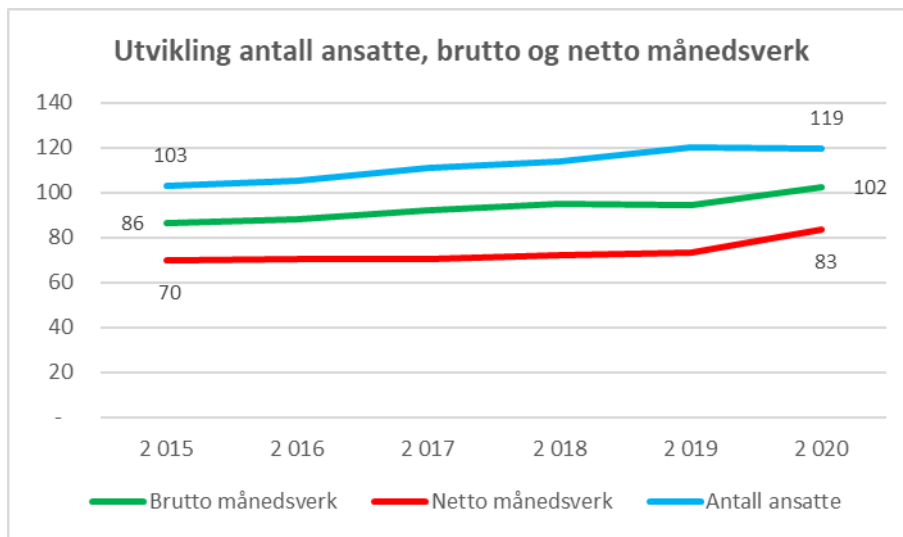
4.4 Intensivsykepleiere Helse Nord-Trøndelag

4.4.1 Innledning

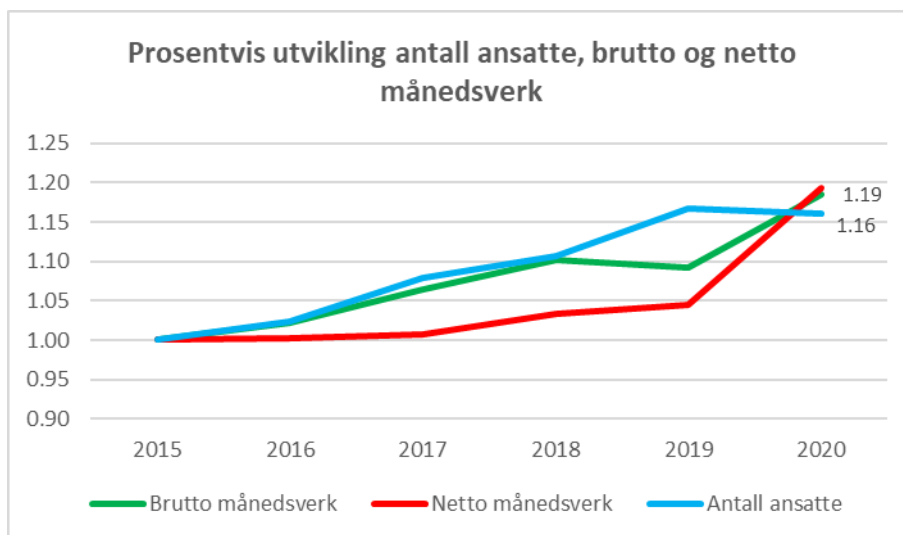
I perioden 2016-2020 har Helse Nord-Trøndelag ansatt mellom 9-12 kandidater årlig i utdanningsstilling (et snitt på 9,8). For 2021 har helseforetaket budsjettert med 12 utdanningsstillinger.

4.4.2 Historisk trend²⁶

Figur 108 og Figur 109 viser utviklingen i antall ansatte, brutto og netto månedsverk for intensivsykepleiere ansatt ved Helse Nord-Trøndelag (HNT) for 2015-2020.



Figur 108: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).



Figur 109: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

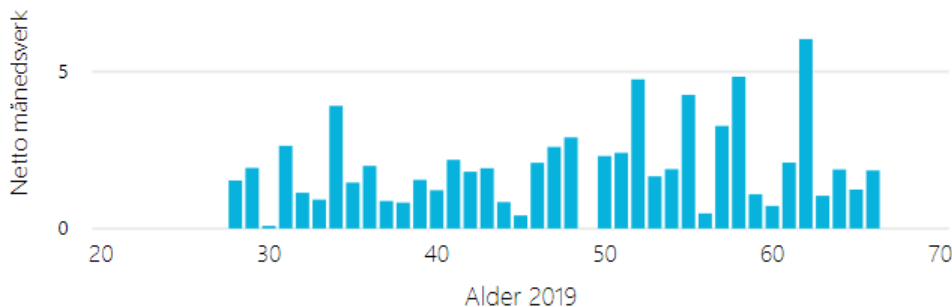
²⁶Måltallene antall ansatte, brutto månedsverk og netto månedsverk inkluderer faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger. Innleie er ikke inkludert. Antall ansatte er et snitt for året. Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjon, sykdom og annet fravær og er det samme som det bemanningen koster (tilsvarende antall årsverk). Netto månedsverk er brutto månedsverk minus fravær. Dette viser den faktiske bemanning som er på jobb.

4.4.3 Tilgjengelig kapasitet

Utgangspunktet for framskriving av intensivsykepleiere er netto månedsverk for mai 2019 (184 netto månedsverk), som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:

Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent ²⁷	4
Stillingsprosent	91
Fraværprosent	18
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på intensivsykepleiere. I mai 2019 var andelen over 50 år 52 prosent. Dette hensyntas i NBM, se Figur 110.



Figur 110: Aldersfordeling for netto månedsverk produsert (Kilde: NBM, med tall fra HMN HR-konsernkube).

4.4.4 Framskriving - demografi

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor fagområdet som treffer intensivsykepleieren (i NBM er intensivsykepleieren i hovedsak relatert til fagområdet tilknyttet leger innen anesthesiologi, hjertesykdommer, lungesykdommer og kirurgi) beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på rundt 25 prosent. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

Demografi er en viktig driver som vil påvirke behov for intensivsykepleiere i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering).

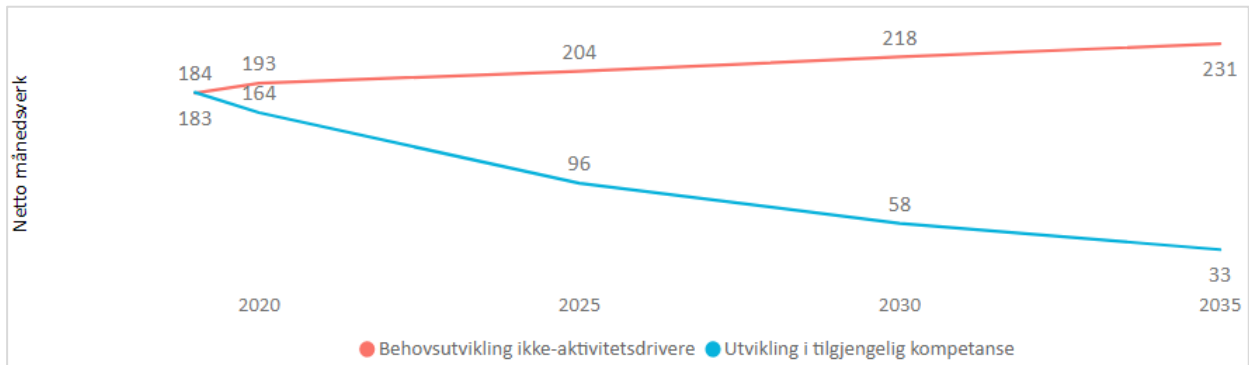
I scenarioberegningene i Tabell 22 er det kun befolkningsvekst som legges til grunn.

²⁷ Turnover for fast ansatte intensivsykepleiere er 3.4 % (kilde: HMN HR-konsernkube).

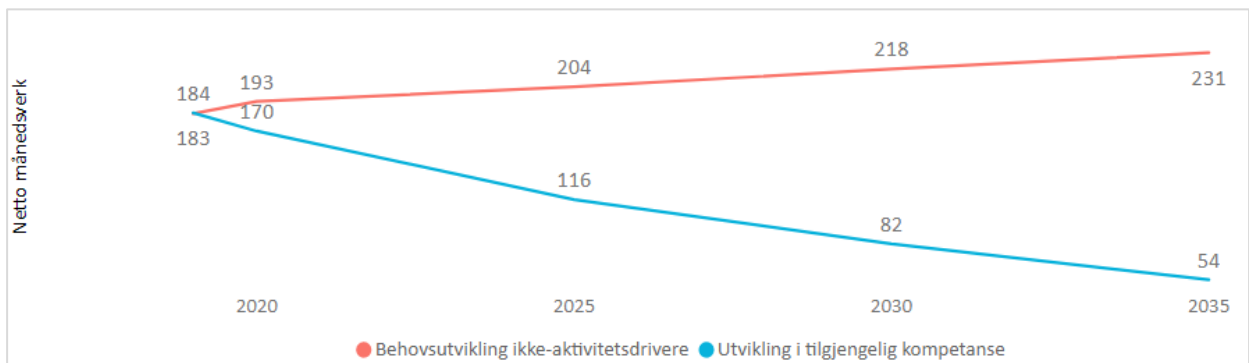
Tabell 22: Scenarier for framskriving av intensivsykepleiere.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst på ca 25 %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	Ingen rekruttering av nye intensivsykepleiere gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	87 (100-13)	79 (100-21)	79 (100-21)
	Turnover (%)	6	3	3
	Stillingsprosent nåværende/ stillingsprosent nye	91/90	91/90	91/100
	Fraværprosent nåværende/ fraværprosent nye	18/20	18/20	18/15
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	Må rekruttere antall intensivsykepleiere årlig for å dekke kompetansegap	12	9	7

For scenario 0 må man rekruttere 12 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 87 intensivsykepleiere i år 2035, se Figur 111. For scenario 1 må man rekruttere 9 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 79 intensivsykepleiere i år 2035, se Figur 112. For scenario 2 må man rekruttere 7 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 79 intensivsykepleiere i år 2035.



Figur 111: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 0 (Kilde: NBM).



Figur 112: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 1 og 2 (Kilde: NBM).

4.4.5 Framskriving – Sykehusbyggmodellen

Ved å benytte framskrivingen av aktivitet estimert ved Sykehusbyggmodellen, vil behovet endre seg. For intensivsykepleieren vil behovet gå fra 100 intensivsykepleiere i 2035 (kun demografi) til 94 (Sykehusbyggmodellen) intensivsykepleiere. Dette gjør at rekrutteringsbehovet går noe ned, til henholdsvis 11, 8 og 7 for scenario 0, 1 og 2, gitt at alle andre faktorer i Tabell 22 holdes fast.

4.4.6 Kort oppsummering

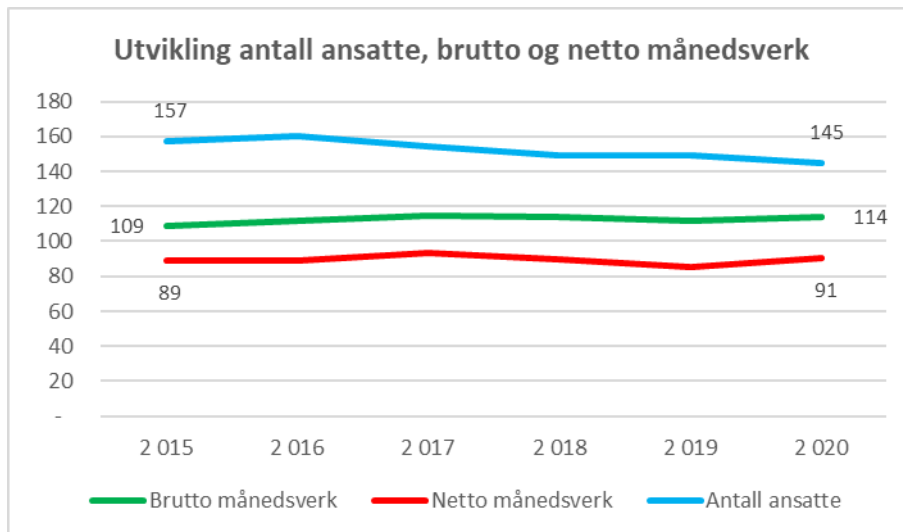
Vi ser av disse tre scenariene at tilgjengelig kompetanse er sensitiv i forhold til turnover. Når vi øker stillingsprosenten fra 90 til 100 prosent for nyansettelser samtidig med at brutto fravær reduseres fra 20 til 15 prosent gir dette en forholdsvis liten gevinst (2 færre å rekruttere hvert år). Ved å halvere turnover (fra 6 til 3 prosent) reduseres rekrutteringen med 3 (fra 12 til 9).

5 Jordmødre

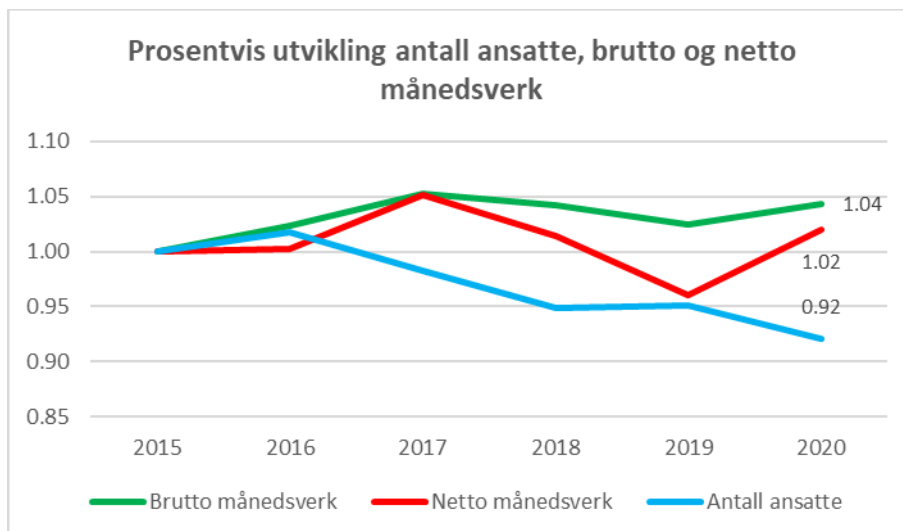
5.1 Jordmødre St. Olavs hospital

5.1.1 Historisk trend²⁸

Figur 113 og Figur 114 viser utviklingen i antall ansatte, brutto og netto månedsverk for jordmødre ansatt ved St. Olavs hospital (St. Olav) for 2015-2020.



Figur 113: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).



Figur 114: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

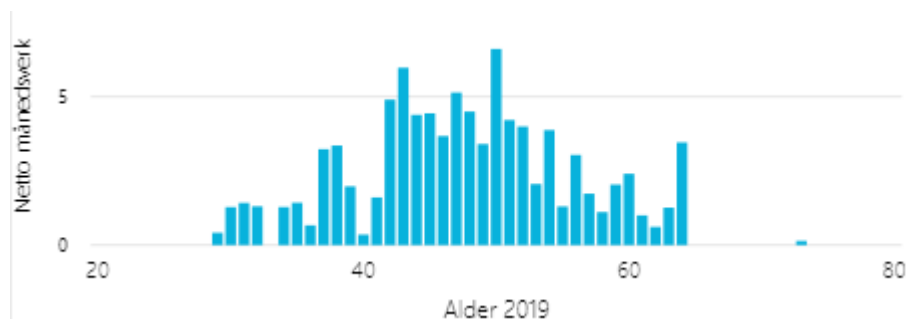
²⁸Måltallene antall ansatte, brutto månedsverk og netto månedsverk inkluderer faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger. Innleie er ikke inkludert. Antall ansatte er et snitt for året. Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjon, sykdom og annet fravær og er det samme som det bemanningen koster (tilsvarende antall årsverk). Netto månedsverk er brutto månedsverk minus fravær. Dette viser den faktiske bemanning som er på jobb.

5.1.2 Tilgjengelig kapasitet

Utgangspunktet for framskriving av jordmødre er netto månedsverk for mai 2019 (93 netto månedsverk), som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:

Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent ²⁹	7
Stillingsprosent	82
Fraværprosent	16
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på jordmødre. I mai 2019 var andelen over 50 år 34 prosent. Dette hensyntas i NBM, se Figur 115.



Figur 115: Aldersfordeling for netto månedsverk produsert (Kilde: NBM, med tall fra HMN HR-konsernkube).

5.1.3 Framskriving - demografi

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor fagområdet som treffer jordmoren (i NBM er jordmoren relatert til fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer) beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på 8 prosent. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

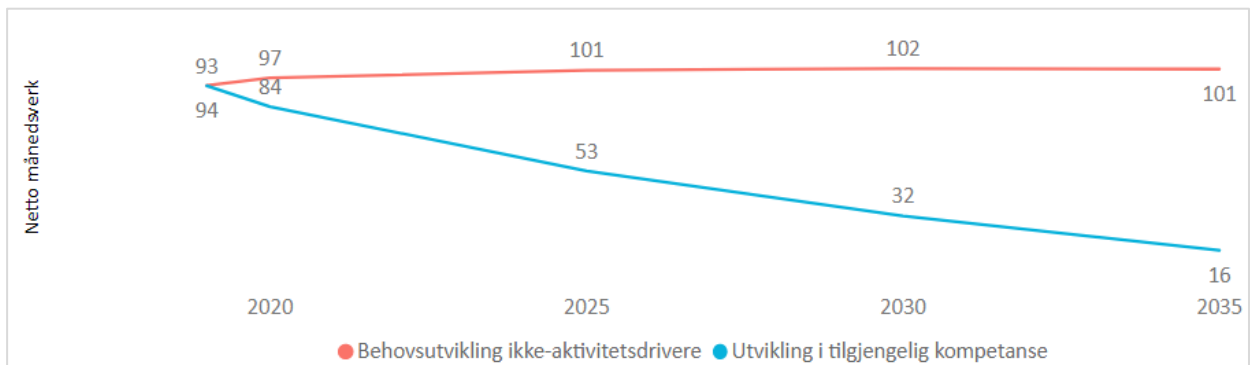
Demografi er en viktig driver som vil påvirke behov for jordmødre i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering). I scenarioberegningene i Tabell 23 er det kun befolkningsvekst som legges til grunn.

²⁹ Turnover for fast ansatte jordmødre er 7.2 prosent i 2020 (kilde: HMN HR-konsernkube).

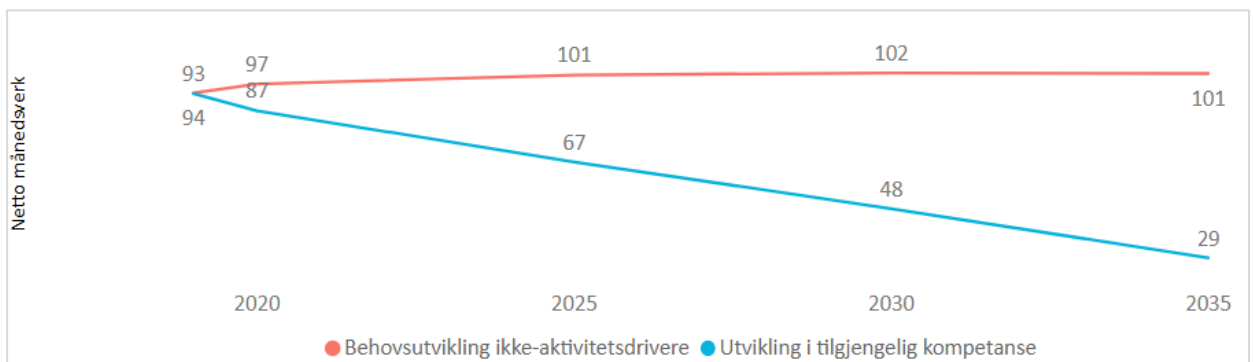
Tabell 23: Scenarier for framskriving av jordmødre.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst på 8 %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	Ingen rekruttering av nye jordmødre gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	85 (101-16)	72 (101-29)	72 (101-29)
	Turnover (%)	7	3.5	3.5
	Stillingsprosent nåværende/ stillingsprosent nye	82/90	82/90	82/100
	Fraværprosent nåværende/ fraværprosent nye	16/20	16/20	16/15
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	Må rekruttere antall jordmødre årlig for å dekke kompetansegap	12	8	7

For scenario 0 må man rekruttere 12 jordmødre årlig for å dekke gapet på 85 jordmødre i år 2035, se Figur 116. For scenario 1 må man rekruttere 8 jordmødre årlig for å dekke gapet på 72 jordmødre i år 2035, se Figur 117. For scenario 2 må man rekruttere 7 jordmødre årlig for å dekke gapet på 72 jordmødre i år 2035.



Figur 116: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 0 (Kilde: NBM).



Figur 117: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 1 og 2 (Kilde: NBM).

5.1.4 Framskriving – Sykehusbyggmodellen

Ved å benytte framskrivingen av aktivitet estimert ved Sykehusbyggmodellen, endrer behovet seg marginalt. For jordmødre vil behovet gå fra 101 jordmødre i 2035 (kun demografi) til 103 (Sykehusbyggmodellen).

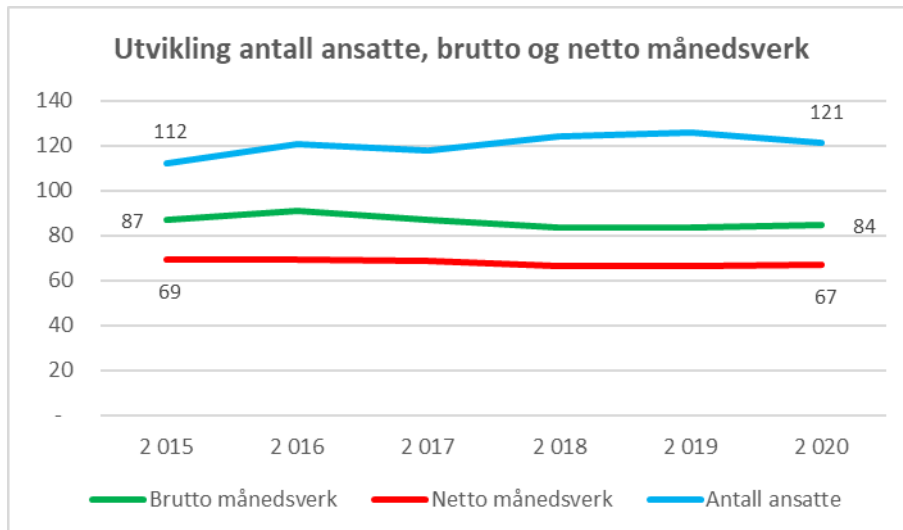
5.1.5 Kort oppsummering

Vi ser av disse tre scenariene at tilgjengelig kompetanse er sensitiv i forhold til turnover. Når vi øker stillingsprosenten fra 90 til 100 prosent for nyansettelser samtidig med at brutto fravær reduseres fra 20 til 15 prosent gir dette en liten gevinst (1 færre å rekruttere hvert år). Ved å halvere turnover (fra 7 til 3.5 prosent) reduseres rekrutteringen med 4 (fra 12 til 8).

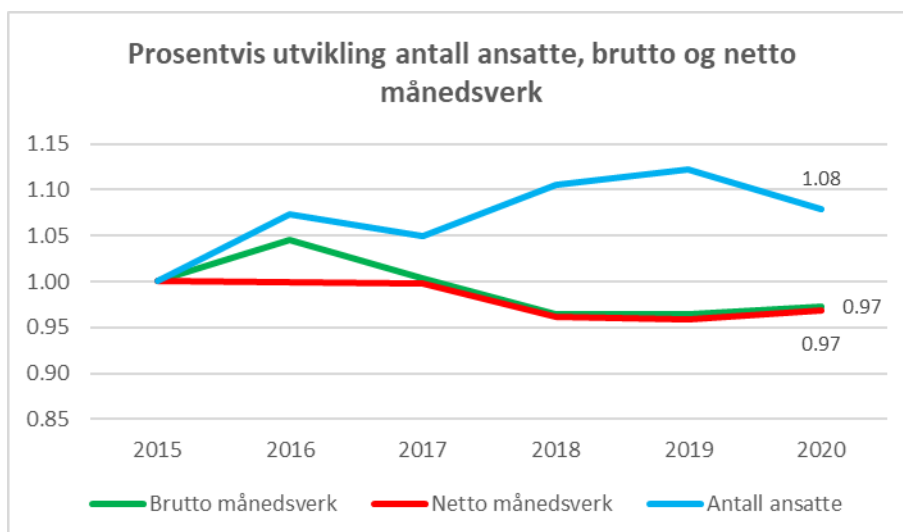
5.2 Jordmødre Helse Møre og Romsdal

5.2.1 Historisk trend³⁰

Figur 118 og Figur 119 viser utviklingen i antall ansatte, brutto og netto månedsverk for jordmødre ansatt ved Helse Møre og Romsdal (HMR) for 2015-2020.



Figur 118: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).



Figur 119: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

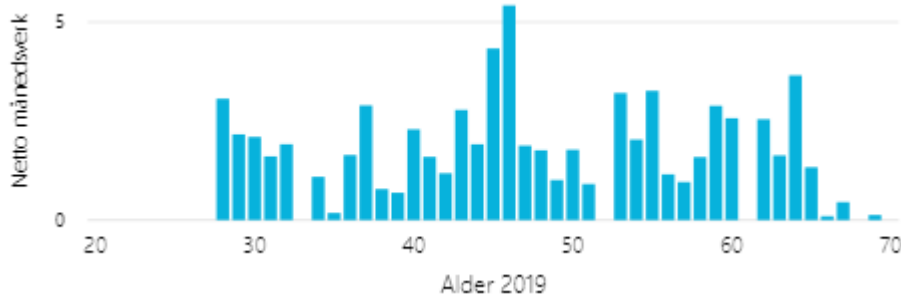
³⁰Måltallene antall ansatte, brutto månedsverk og netto månedsverk inkluderer faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger. Innleie er ikke inkludert. Antall ansatte er et snitt for året. Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjon, sykdom og annet fravær og er det samme som det bemanningen koster (tilsvarende antall årsverk). Netto månedsverk er brutto månedsverk minus fravær. Dette viser den faktiske bemanning som er på jobb.

5.2.2 Tilgjengelig kapasitet

Utgangspunktet for framskriving av jordmødre er netto månedsverk for mai 2019 (72 netto månedsverk), som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:

Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent ³¹	7
Stillingsprosent	81
Fraværprosent	15
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på jordmødre. I mai 2019 var andelen over 50 år 39 prosent. Dette hensyntas i NBM, se Figur 120.



Figur 120: Aldersfordeling for netto månedsverk produsert (Kilde: NBM, med tall fra HMN HR-konsernkube).

5.2.3 Framskriving - demografi

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor fagområdet som treffer jordmoren (i NBM er jordmoren relatert til fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer) beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på 5 prosent. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

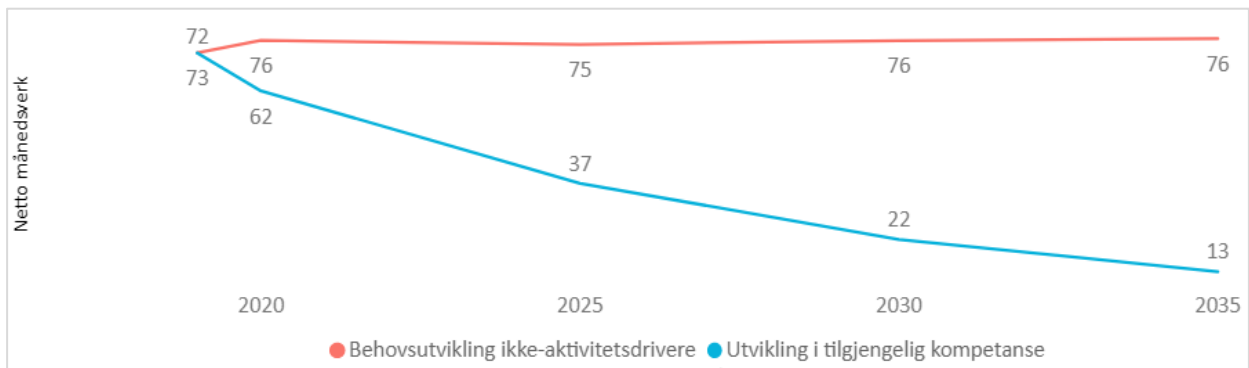
Demografi er en viktig driver som vil påvirker behov for jordmødre i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering). I scenarioberegningene i Tabell 24 er det kun befolkningsvekst som legges til grunn.

³¹ Turnover for fast ansatte jordmødre er 6.6 prosent i 2020 (kilde: HMN HR-konsernkube).

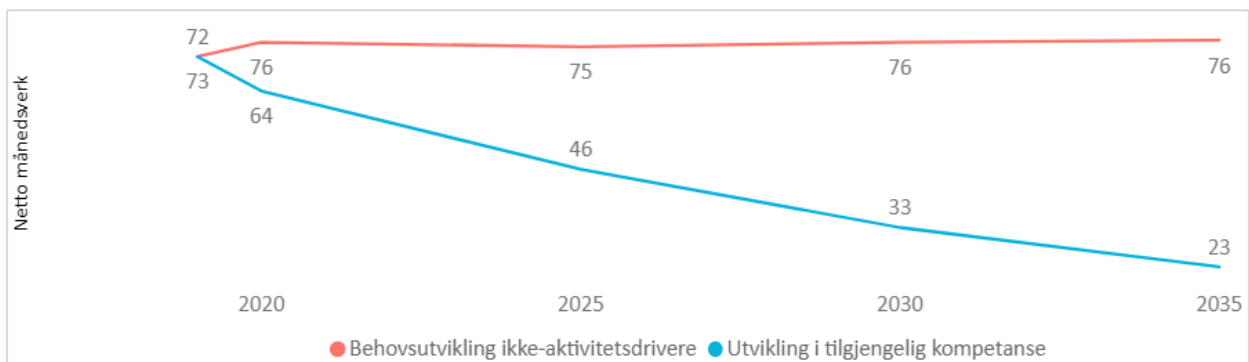
Tabell 24: Scenarier for framskriving av jordmødre.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst på 5 %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	Ingen rekruttering av nye jordmødre gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	63 (76-13)	53 (76-23)	53 (76-23)
	Turnover (%)	7	3.5	3.5
	Stillingsprosent nåværende/ stillingsprosent nye	81/90	81/90	81/100
	Fraværprosent nåværende/ fraværprosent nye	15/20	15/20	15/15
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	Må rekruttere antall jordmødre årlig for å dekke kompetansegap	9	6	5

For scenario 0 må man rekruttere 9 jordmødre årlig for å dekke gapet på 63 jordmødre i år 2035, se Figur 121. For scenario 1 må man rekruttere 6 jordmødre årlig for å dekke gapet på 53 jordmødre i år 2035, se Figur 122. For scenario 2 må man rekruttere 5 jordmødre årlig for å dekke gapet på 53 jordmødre i år 2035.



Figur 121: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 0 (Kilde: NBM).



Figur 122: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 1 og 2 (Kilde: NBM).

5.2.4 Framskriving – Sykehusbyggmodellen

Ved å benytte framskrivingen av aktivitet estimert ved Sykehusbyggmodellen, endrer behovet seg marginalt. For jordmødre vil behovet gå fra 76 jordmødre i 2035 (kun demografi) til 77 (Sykehusbyggmodellen).

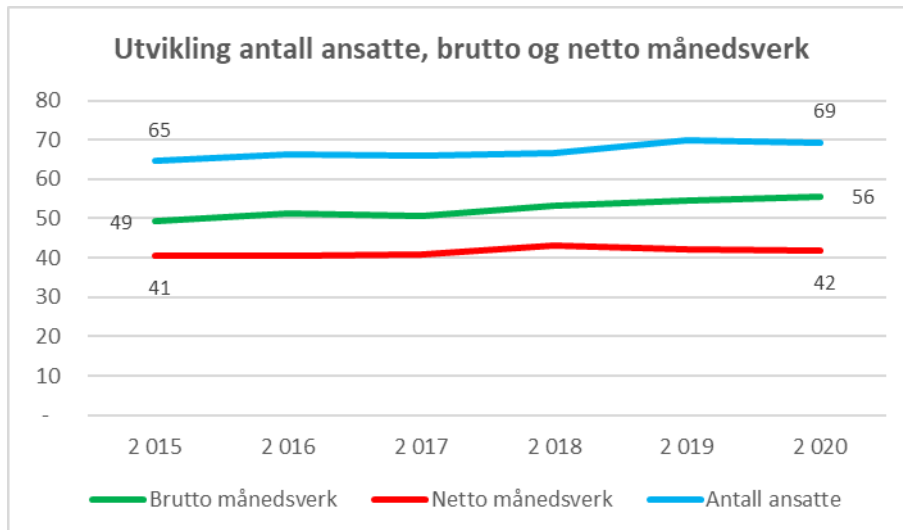
5.2.5 Kort oppsummering

Vi ser av disse tre scenariene at tilgjengelig kompetanse er sensitiv i forhold til turnover. Når vi øker stillingsprosenten fra 90 til 100 prosent for nyansettelser samtidig med at brutto fravær reduseres fra 20 til 15 prosent gir dette en liten gevinst (1 færre å rekruttere hvert år). Ved å halvere turnover (fra 7 til 3.5 prosent) reduseres rekrutteringen med 3 (fra 9 til 6).

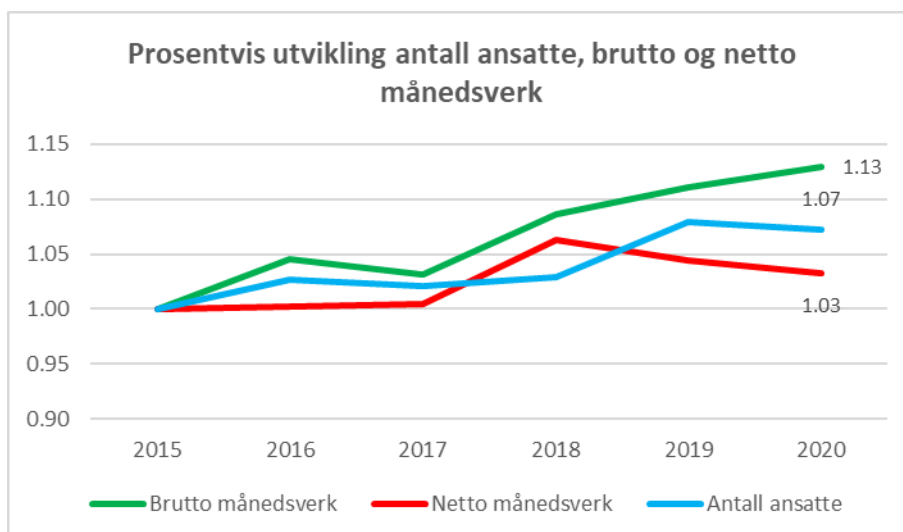
5.3 Jordmødre Helse Nord-Trøndelag

5.3.1 Historisk trend³²

Figur 123 og Figur 124 viser utviklingen i antall ansatte, brutto og netto månedsverk for jordmødre ansatt ved Helse Nord-Trøndelag (HNT) for 2015-2020.



Figur 123: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).



Figur 124: Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

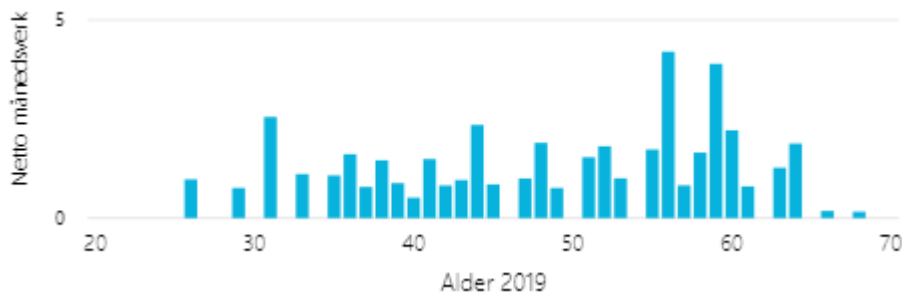
³²Måltallene antall ansatte, brutto månedsverk og netto månedsverk inkluderer faste- og midlertidig ansatte, vikarer, timelønnede og utdanningsstillinger. Innleie er ikke inkludert. Antall ansatte er et snitt for året. Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjon, sykdom og annet fravær og er det samme som det bemanningen koster (tilsvarende antall årsverk). Netto månedsverk er brutto månedsverk minus fravær. Dette viser den faktiske bemanning som er på jobb.

5.3.2 Tilgjengelig kapasitet

Utgangspunktet for framskriving av jordmødre er netto månedsverk for mai 2019 (45 netto månedsverk), som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:

Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent ³³	7
Stillingsprosent	89
Fraværprosent	18
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på jordmødre. I mai 2019 var andelen over 50 år 51 prosent. Dette hensyntas i NBM, se Figur 125.



Figur 125: Aldersfordeling for netto månedverk produsert (Kilde: NBM, med tall fra HMN HR-konsernkube).

5.3.3 Framskriving - demografi

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor fagområdet som treffer jordmoren (i NBM er jordmoren relatert til fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer) beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på 3 prosent. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

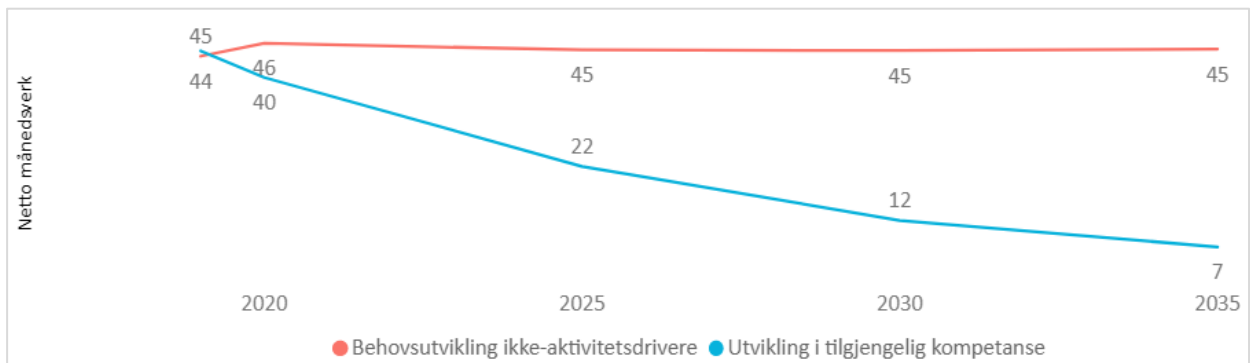
Demografi er en viktig driver som vil påvirke behov for jordmødre i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering). I scenarioberegningene i Tabell 25 er det kun befolkningsvekst som legges til grunn.

³³ Turnover for fast ansatte jordmødre er 2.0 prosent i 2020 (kilde: HMN HR-konsernkube).

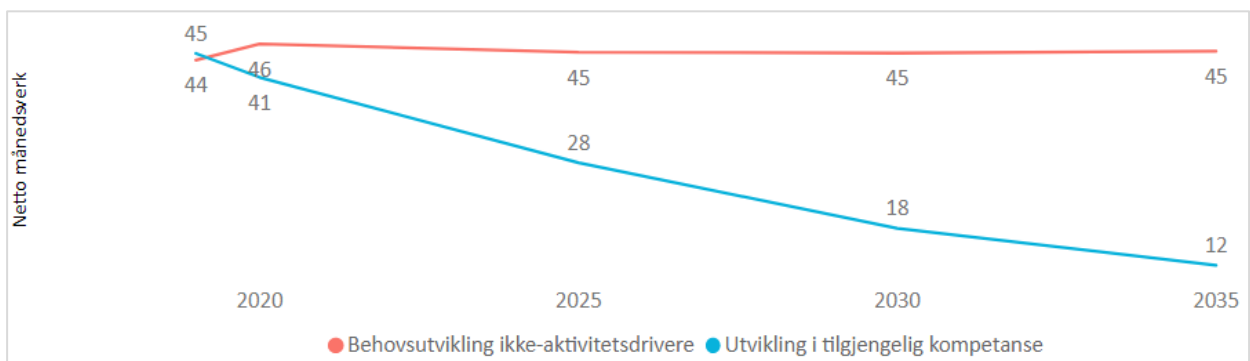
Tabell 25: Scenarier for framskriving av jordmødre.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst på 3 %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	Ingen rekruttering av nye jordmødre gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	38 (45-7)	33 (45-12)	33 (45-12)
	Turnover (%)	7	3.5	3.5
	Stillingsprosent nåværende/ stillingsprosent nye	89/90	89/90	89/100
	Fraværprosent nåværende/ fraværprosent nye	18/20	18/20	18/15
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	Må rekruttere antall jordmødre årlig for å dekke kompetansegap	5-6	3-4	3

For scenario 0 må man rekruttere 5-6 jordmødre årlig for å dekke gapet på 38 jordmødre i år 2035, se Figur 126. For scenario 1 må man rekruttere 3-4 jordmødre årlig for å dekke gapet på 33 jordmødre i år 2035, se Figur 127. For scenario 2 må man rekruttere 3 jordmødre årlig for å dekke gapet på 33 jordmødre i år 2035.



Figur 126: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 0 (Kilde: NBM).



Figur 127: Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 1 og 2 (Kilde: NBM).

5.3.4 Framskriving – Sykehusbyggmodellen

Ved å benytte framskrivingen av aktivitet estimert ved Sykehusbyggmodellen, endrer ikke behovet seg. For jordmødre er behovet 45 i 2035 både ved ren demografiframskriving og ved Sykehusbyggmodellen.

5.3.5 Kort oppsummering

Vi ser av disse tre scenariene at tilgjengelig kompetanse er sensitiv i forhold til turnover. Når vi øker stillingsprosenten fra 90 til 100 prosent for nyansettelser samtidig med at brutto fravær reduseres fra 20 til 15 prosent gir dette en liten gevinst (0-1 færre å rekruttere hvert år). Ved å halvere turnover (fra 7 til 3.5 prosent) reduseres rekrutteringen med 2 (fra 5-6 til 3-4).

6 Psykologer

6.1 Psykologer St. Olavs hospital

6.1.1 Tilgjengelig kapasitet

Utgangspunktet for framskrivning av psykologer er netto månedsverk for mai 2019, som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. For PHV, PHBU og TSB er dette:

- PHV: 159
- PHBU: 52
- TSB: 10

I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:

Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent ³⁴	10
Stillingsprosent: PHV, PHBU, TSB	92, 90, 98
Fraværprosent: PHV, PHBU, TSB	18, 19, 13
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på psykologer. I mai 2019 var andelen over 50 år henholdsvis 22, 12 og 7 prosent for PHV, PHBU og TSB. Dette hensyntas i NBM.

6.1.2 Framskrivning - demografi

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor PHV, PHBU og TSB beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på henholdsvis -1, 6 og 6 prosent for PHV, PHBU og TSB. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

Demografi er en viktig driver som vil påvirker behov for psykologer i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering).

I scenarioberegningene i Tabell 26 er det kun befolkningsvekst som legges til grunn.

³⁴ Turnover for fast ansatte psykologer er 8.1 prosent i 2020 (kilde: HMN HR-konsernkube).

Tabell 26: Scenarier for framskriving av psykologer, PHV, PHBU og TSB.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	PHV. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	155 (170-25)	110 (170-60)	110 (170-60)
	PHBU. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	43 (52-9)	32 (52-20)	32 (52-20)
	TSB. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	9 (11-2)	7 (11-4)	7 (11-4)
	Turnover (%)	10	5	5
	Stillingsprosent nye	90	90	100
	Fraværprosent nye	20	20	10
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	PHV. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	25	13-14	11
Beregning i NB	PHBU. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	7	4	3
Beregning i NB	TSB. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	1-2	1	0-1

For stillingsprosent og fraværprosent for nåværende psykologer, brukes tallene fra status 2019.

For å dekke gapene i 2035 må man rekruttere henholdsvis 25, 13-14 og 11 psykologer for PHV, for scenario 0-2. For PHBU er rekrutteringstallene 7, 4 og 3, mens det for TSB er 1-2, 1 og 0-1.

6.2 Psykologer Helse Møre og Romsdal

6.2.1 Tilgjengelig kapasitet

Utgangspunktet for framskriving av psykologer er netto månedsverk for mai 2019, som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. For PHV, PHBU og TSB er dette:

- PHV: 63
- PHBU: 26
- TSB: 6

I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:

Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent ³⁵	10
Stillingsprosent: PHV, PHBU, TSB	93, 90, 80
Fraværprosent: PHV, PHBU, TSB	22, 16, 12
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på psykologer. I mai 2019 var andelen over 50 år henholdsvis 22, 29 og 18 prosent for PHV, PHBU og TSB. Dette hensyntas i NBM.

6.2.2 Framskriving - demografi

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor PHV, PHBU og TSB beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på henholdsvis -1, 6 og 6 prosent for PHV, PHBU og TSB. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

Demografi er en viktig driver som vil påvirker behov for psykologer i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering).

I scenarioberegningene i Tabell 27 er det kun befolkningsvekst som legges til grunn.

³⁵ Turnover for fast ansatte psykologer er 13.1 prosent i 2020 (kilde: HMN HR-konsernkube).

Tabell 27: Scenarier for framskriving av psykologer, PHV, PHBU og TSB.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	PHV. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsværk). Beregning i NBM	61 (65-4)	50 (65-15)	50 (65-15)
	PHBU. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsværk). Beregning i NBM	22 (23-1)	18 (23-5)	18 (23-5)
	TSB. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsværk). Beregning i NBM	6 (6-0)	4 (6-2)	4 (6-2)
	Turnover (%)	10	5	5
	Stillingsprosent nye	90	90	100
	Fraværprosent nye	20	20	10
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	PHV. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	13-14	7-8	6
Beregning i NB	PHBU. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	4-5	2-3	2
Beregning i NB	TSB. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	1-2	0-1	0-1

For stillingsprosent og fraværprosent for nåværende psykologer, brukes tallene fra status 2019.

For å dekke gapene i 2035 må man rekruttere henholdsvis 13-14, 7-8 og 6 psykologer for PHV, for scenario 0-2. For PHBU er rekrutteringstallene 4-5, 2-3 og 2, mens det for TSB er 1-2, 0-1 og 0-1.

6.3 Psykologer Helse Nord-Trøndelag

6.3.1 Tilgjengelig kapasitet

Utgangspunktet for framskriving av psykologer er netto månedsverk for mai 2019, som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. For PHV, PHBU og TSB er dette:

- PHV: 39
- PHBU: 19
- TSB: -

I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:

Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent ³⁶	10
Stillingsprosent: PHV, PHBU, TSB	92, 96, -
Fraværprosent	14, 27, -
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på psykologer. I mai 2019 var andelen over 50 år henholdsvis 12, 11 og - prosent for PHV, PHBU og TSB. Dette hensyntas i NBM.

6.3.2 Framskriving - demografi

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor PHV, PHBU og TSB beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på henholdsvis -1, 6 og 6 prosent for PHV, PHBU og TSB. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

Demografi er en viktig driver som vil påvirker behov for psykologer i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering).

I scenarioberegningene i Tabell 28 er det kun befolkningsvekst som legges til grunn.

³⁶ Turnover for fast ansatte psykologer er 15.6 prosent i 2020 (kilde: HMN HR-konsernkube).

Tabell 28: Scenarier for framskriving av psykologer, PHV, PHBU og TSB.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	PHV. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	41 (43-2)	34 (43-9)	34 (43-9)
	PHBU. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	7 (16-9)	11 (16-5)	11 (16-5)
	TSB. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	-	-	-
	Turnover (%)	10	5	5
	Stillingsprosent nye	90	90	100
	Fraværprosent nye	20	20	10
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	PHV. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	9-10	5	4
Beregning i NB	PHBU. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	3-4	2-3	1-2
Beregning i NB	TSB. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	-	-	-

For stillingsprosent og fraværprosent for nåværende psykologer, brukes tallene fra status 2019.

For å dekke gapene i 2035 må man rekruttere henholdsvis 9-10, 5 og 4 psykologer for PHV, for scenario 0-2. For PHBU er rekrutteringstallene 3-4, 2-3 og 1-2.

7 Vedlegg

Vedlegg 1: Forslag til modell for framskrivinger i psykisk helsevern og TSB (utarbeidet av prosjektgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF):

<https://vp.helse-midt.no/sites/RHF/utviklingsplaner/Delte%20dokumenter/Leveranse%20-%20Forslag%20til%20modell%20for%20framskrivinger%20i%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%20-%20Vedlegg%201.PDF>

Vedlegg 2a: Grunnlagsdata framskrivinger aktivitet Somatikk:

<https://vp.helse-midt.no/sites/RHF/utviklingsplaner/Delte%20dokumenter/Leveranse%20-%20Somatikk%20-%20Vedlegg%202a.xlsx?Web=1>

Vedlegg 2b: Grunnlagsdata framskrivinger aktivitet Somatikk:

<https://vp.helse-midt.no/sites/RHF/utviklingsplaner/Delte%20dokumenter/Leveranse%20-%20Somatikk%20-%20Vedlegg%202b.xlsx?Web=1>

Vedlegg 3: Grunnlagsdata framskrivinger aktivitet PHV:

<https://vp.helse-midt.no/sites/RHF/utviklingsplaner/Delte%20dokumenter/Leveranse%20-%20VOP%20-%20Vedlegg%203.xlsx?Web=1>

Vedlegg 4: Grunnlagsdata framskrivinger aktivitet PHBU:

<https://vp.helse-midt.no/sites/RHF/utviklingsplaner/Delte%20dokumenter/Leveranse%20-%20BUP%20-%20Vedlegg%204.xlsx?Web=1>

Vedlegg 5: Grunnlagsdata framskrivinger aktivitet TSB:

<https://vp.helse-midt.no/sites/RHF/utviklingsplaner/Delte%20dokumenter/Leveranse%20-%20TSB%20-%20Vedlegg%205.xlsx?Web=1>

Vedlegg 6: Demografiske framskrivinger:

<https://vp.helse-midt.no/sites/RHF/utviklingsplaner/Delte%20dokumenter/Leveranse%20-%20Demografiske%20framskrivinger%20-%20Vedlegg%206.xlsx?Web=1>

Vedlegg 6: Grunnlagsdata framskrivinger aktivitet kronikere:

<https://vp.helse-midt.no/sites/RHF/utviklingsplaner/Delte%20dokumenter/Leveranse%20-%20Kronikere%20-%20Vedlegg%206.xlsx?Web=1>